Nr. 21. 20. maja 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Przyczynki do kliniki choroby Heine Medina u dzieci.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lek: Naczₙ Doc. Dr. Szenajch Wł.

Porażenie dziecięce występuje czasem pod postacią kliniczną niełatwą do rozpoznania.

Pozwalam sobie przytoczyć wyjątki z historji choroby dwóch przypadków.

Przypadek I. (Nr. protokołu 6813). Irenka Ł. lat 5, przybywa do szpitala 21. VI. 1927. Wywiady: Ojciec dziecka wieśniak, umarł wśród objawów mózgowych w 36-tym roku życia. Matka zdrowa, rodziła trzykrotnie, raz roniła, 1 dziecko straciła w 1-ym roku życia.

Irenka przechodziła w 1-ym roku życia zapalenie płuc, zresztą chowała się dobrze i była zdrowa do stycznia b. r. W styczniu przechodziła lekką płonicę. W pierwszych dniach marca, w następstwie kilkodniowem, nie bezpośredniem, po upadku z wysokości 1-metrowej dostała gorączki i w 2 dni potem wystąpiło porażenie nóg z bólami górnych i dolnych kończyn, które się utrzymują do czerwca w znikomym stopniu w końcach palców. Dziecko przez 2 miesiące nie mogło chodzić w domu. Od miesiąca zaczyna na nowo chodzić.

Stan obecny: Na swój wiek stosownie wielkie, dobrze zbudowane dziecko wiejskie. Szatynka. Ciepłota prawidłowa. Odczyn Pirqueta ujemny. Kości, stawy wolne. Badanie rentgenologiczne niebolesnego kręgosłupa zmian nie wykazuje. Narządy wewnętrzne, wzrok, słuch, bez zmian. Brak stygmatów kiłowych. Brak zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki stolcowej.

Badanie nerwowe wykazuje: Nierówność źrenic obok zachowania oddziaływania na światło i akomodację. Niedowład wiotki kończyn dolnych w zakresie prostowników palców i palucha i mięśnia strzałkowego głębokiego. Zaoszczędzenie mięśni strzałkowych długiego i krótkiego. Hipotonja lekkiego stopnia mięśni kończyn dolnych zaznaczona w machaniu nóg i podudzi. Zanik nieznaczny obustronny mięśni podudzi i m. czworogłowego. Brak odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa. Odruchy brzuszne i kończyn górnych prawidłowe. Objaw Babińskiego ujemny. Chód dziecka niepewny, trwożny o charakterze ruchów pajaca *(membres de polichinelle)*. Brak objawów Romberga. Brak ataksji.

W różnych obszarach mięśni unerwionych przez nerwy: udowy, kulszowy, podkolanowy, piszczelowy istnieją odczyny częściowego zwyrodnienia, wykazujące zniesioną lub osłabioną pobudliwość na prąd faradyczny i galwaniczny. Ruchy bierne są wolne, niebolesne.

Siła mięśniowa w kończynach dolnych obniżona, w górnych zachowana.

Brak wyraźnych zaburzeń czucia poza bolesnością dotykową pni nerwowych.

Krew: Hemoglobiny 58%. Czerwonych ciałek 4,760.000. Białych ciałek 6.900. Obraz morfologiczny wzoru krwi normalny. Refrakt.: 1,3488 (7,44% białka). Odczyn opadania krwinek Biernackiego: przyśpieszony 29' — 18 mm. Odczyn Wassermanna u dziecka dodatni. Odczyn Wassermanna u matki ujemny. Płyn mózgowy: jasny wydobywa się pod miernem ciśnieniem. Białka 0,1‰, chlorków 7‰, cukru 0,6‰. Refrakt. 1,3349. Odczyny globulinowe ujemne, odczyn z ninhydryną ujemny, odczyn chromoneuroskopowy Flatana ujemny. W osadzie 3 b. c. w 1 mm³. Posiew jałowy. Odczyn Wasermanna w płynie ujemny.

Mocz: bez zmian. W kale liczne jaja glist dżdżownicowatych *(Ascaris lumbricoides)*. Badanie dna oka (Dr. Matusewiczówna): wykazuje wybitną pigmentację siatkówki.

Przebieg choroby. Ze względu na dodatni odczyn Wassermanna we krwi zastosowano leczenie przeciwkiłowe. Przeciw pasorzytom kiszkowym użyto leków przeciwczerwiowych a przeciw niedowładom zastosowano gorące kąpiele miejscowe i mięsienie. W czasie 5-ciotygodniowego pobytu w szpitalu stan dziecka, poza szybkiem ustąpieniem bólów w kończynach, zasadniczo nie uległ zmianie.

Dziecko obserwowano następowo ambulatoryjnie w odstępach 3-tygodniowych i leczone w domu, badane ostatnio 30. XI. 1927 nie doznaje żadnych bólów mięśniowych, może chodzić i chodzi lepiej, wygląda dobrze, je i śpi dobrze. Chód dziecka przypomina z powodu wysokiego podnoszenia kończyn dolnych w kolanach — chód koński *(Steppergang, steppage)*. Mięsień czworogłowy i mięśnie podudzia wykazują zaniki obok utrzymującego się wiotkiego niedowładu grupy prostowników.

Rozpoznanie brzmiało: *Residua post poliomyelitidem anteriorem acutam in individuo heredo-luetico.*

Rozpoznanie w przypadku tym natrafiało na trudności 1) z powodu w błąd wprowadzających wywiadów; 2) z powodu stwierdzonej niewątpliwie kiły wrodzonej dziecka (Wasermann) krwi dodatni, pigmentacja siatkówki, przyspieszenie odczynu opadania krwinek, wzmianka o mózgowej śmierci młodego ojca, o poronieniu matki i o wczesnej śmierci jednego z rodzeństwa); 3) z powodu obowiązującej konieczności różniczkowania, ewentualnie wykluczenia wielorakiego zapalenia nerwów; 4) z powodu potrzeby wykazania tła epidemjologicznego, którego brak był w okresie, przypadającym na zachorowanie dziecka.

Wywiady wprowadzały treścią swoją pewną konfuzję, bo łączyły wybuch choroby z jednej strony z urazem (spadek z drabinki), z drugiej ze świeżo przebytem zakażeniem (płonica). Oprócz tego wywiady nie określały dokładnie ani wysokości, ani typu, ani czasu trwania gorączki — a niemal główny nacisk kładły na doznawane przez dziecko bóle w członkach, które tylko w znikomy sposób, w postaci bólu w końcach palców, dawały dziecku w czasie jego pobytu szpitalnego powód do skarg. Wywiady nie objaśniały, czy na podobną chorobę ktokolwiek we wsi wówczas chorował. Jedno zdawało się być pewne, że porażenie kończyn dolnych wystąpiło nagle, z bólami i bądź co bądź w związku z podniesieniem uprzedniej ciepłoty.

Badanie przedmiotowe, jak wynika z protokołu, nie pozwalało łączyć obrazu chorobowego w związek przyczynowy z urazem, podobnie jak z obecnością stwierdzonych jaj pasorzytów kiszkowych.

Istnienie kiły wrodzonej u dziecka nie ulegało wątpliwości. Płyn mózgowy zmian patologicznych nie przedstawiał. Niemniej nierówność źrenic obok równoczesnego całkowitego zniesienia odruchów kolanowych i obok obrazu niedowładu obustronnego kończyn dolnych, nasuwała obowiązek ustosunkowania się w procesie rozpoznawczym do istniejącego w organizmie chorego dziecka zakażenia kiłowego. Nasuwały się także ze względu na wywiady dwa momenty, z których każdy mógł odegrać rolę podrażnienia, aktywującego utajoną kiłę dziecka — a mianowicie: 1) fakt świeżo przebytej płonicy, a więc ostrego zakażenia, które, jak wskazuje klasyczne prawo Hutinel'a, potwierdzone przez doświadczenia Gougerot'a, wcale nierzadko budzi uśpioną kiłę, i 2) fakt przebytego urazu zewnętrznego, który niemniej mógł wchodzić w grę na temat znanego i również udowodnionego pojęcia klinicznego: kiły urazowej. Obraz chorobowy nie miał cech, któreby objawowo, anatomicznie lub fizjologicznie, odpowiadały jakiejś indywidualnej jednostce chorobowej kiłowej. Nie można było podejrzewać wiądu rdzenia wobec braku tak ważnych symptomów, jak objaw Argyla Roberstona i objaw Romberga. Nierówność źrenic nie miała wcale cech charakterystycznych dla skaczącej źrenicy *(hippus)*, spotykanej w przebiegu wiądu. Nie można było również rozpoznawać przewlekłego zapalenia opon kiłowego. Przemawiał przeciw temu wynik badania płynu mózgowordzeniowego ujemny pod względem cytologicznym. Porażenia bywają przeważnie spastyczne, rzadziej wiotkie; brak było charakteru etapowego przebiegu choroby, brak oscylacji poszczególnych objawów, brak przejściowych choćby objawów mózgowych, brak charakterystycznych zaburzeń kiszkowych i odbytnicowych. Uciekanie się pod istniejącą, ale nie dość konkretną formułę *pseudo-tabes*, rzekomego wiądu, nie mogło mieć miejsca dopóty, dopóki się uprzednio nie wykluczyło dwóch konkretniejszych i lepiej zdefinjowanych jednostek klinicznych: zapalenia wielorakiego nerwów *(polyneuritis)* i zapalenia rogów przednich *(poliomyelitis anterior)*, których konieczne uwzględnienie nakazywała suma właściwych choremu czynników anatomicznych, fizjologicznych i symptomatycznych.

Uwzględnienie pierwszej *(polyneuritis)* pozostawiało w ten sposób miejsce także i na kiłę, która mogła uzupełnić rozpoznanie pod względem etjologicznym; uwzględnienie drugiej *(poliomyelitis)* na-

kazywało: albo przyjęcie rozpoznania — *poliomyelitis anterior luetica (Haushalter)*, albo rozpoznanie mieszanego zakażenia, albo odsunięcie kiły nabok, jako przypadkowego zbiegu okoliczności.

Za rozpoznaniem *polyneuritis* przemawiała bolesność, o której wzmiankują wywiady, i fakt przebytego zakażenia — płonicy, bolesność końców palców, spostrzegana w szpitalu, bolesność nerwowa pni nerwowych, wreszcie charakterystyczna dla tego cierpienia symetryczność porażenia wiotkiego obu kończyn dolnych.

Przeciw rozpoznaniu *polyneuritis* przemawiały następujące okoliczności: 1) rzadkość tego cierpienia u dzieci; 2) wybiórczość porażeń; 3) brak ataksji; 4) brak zaburzeń psychicznych.

W wieku dziecięcym występuje zapalenie wielu nerwów, z wyjątkiem błonicy, bardzo rzadko (Oppenheim). Według Landouzi'ego i Aubertin'a błonica daje u dzieci w 10% zapalenie wielu nerwów, a u dorosłych w 19%. Perrin w klinice dziecięcej w Nancy spotykał 2 przypadki *polyneuritis* na 4.000 dzieci.

Wybiórczość porażeń jest charakterystyczna dla porażenia dziecięcego. Wybiórczość była zaznaczona przez zaoszczędzenie mięśni strzałkowych długiego i krótkiego.

Gdyby się w miejsce płonicy chciało w kile dopatrzeć momentu etjologicznego dla zapalenia wielu nerwów, to trzeba pamiętać, że tylko bardzo nielicznym autorom (Oppenheimowi, Schultzemu, Buzzardowi) udawało się na podstawie retrospektywnego effektu leczniczego, w wyjątkowych przypadkach tę rzadką postać *polyneuritis* pochodzenia nie dosłownie specyficznego, ale kiłowo-toksycznego rozpoznać. W naszym przypadku podejrzenie w tym kierunku ustąpiło wskutek ujemnego leczenia swoistego.

Wobec kruchości podstaw do utrzymania rozpoznania zapalenia wielu nerwów, wypadało przyjąć to rozpoznanie, które narzucało się przez zespół cech objawowych, anatomicznych i fizjologicznych, zespół najczęściej spotykany w wieku dziecięcym w postaci t. zw. porażenia dziecięcego.

Ale i tutaj należało postępować oględnie i jakkolwiek doświadczenie kliniczne nasuwało w pierwszym rzędzie myśl o tej postaci *poliomyelitis anterior*, która jest najczęstsza u dzieci t. j. o t. zw. chorobie Heine Medina, to jednak wypadało wykluczyć także możliwość *poliomyelitis* pochodzenia innego, a mianowicie 1) kiłowego, 2) choroby *Economo*.

Przeciw charakterowi kiłowemu choroby przemawiałby: 1) brak efektu leczniczego mimo zastosowania kuracji swoistej; 2) rzadkość tego cierpienia, które, jakkolwiek opisane przez Haushaltera w Nancy i jakkolwiek teoretycznie zupełnie uzasadnione, wobec przekonywających badań anatomo-patologicznych de Lang'ego w Amsterdamie, niemniej niełatwo daje się w klinice na razie utrzymać w każdym poszczególnym przypadku. Wiemy bowiem, że mimo polimorfizmu anatomo-patologicznego, a także klinicznego kiły układu nerwowego, *poliomyelitis epidemica* również odznacza się wielkim polimorfizmem i nie możemy się w przypadku Haushaltera oprzeć nasuwającym się wątpliwościom, czy mianowicie przypadek wyleczony nie był lekkiem zakażeniem choroby Heine Medina, tembardziej, że, jak wiadomo, w Nancy w tym czasie panowała ta choroba.

Istnieje postać paraplegji, spowodowanej przez zapalenie substancji szarej rogów przednich na tle zapalenia mózgu *Economo*, opisana przez Sicarda, następnie Beriela i Devica pod nazwą postaci niskiej, obwodowej, albo polineurytycznej letargicznego zapalenia mózgu.

Charakteryzuje ją obustronne wiotkie porażenie rozlane, niesystematyzowane, z równoczesnem nieznacznem zajęciem zwieraczy pęcherza i kiszki stolcowej (lekka niemożność utrzymania moczu, lub utrata chęci moczenia, pewna nieczułość na oddawanie moczu i kału). Charakter encefalityczny porażenia kończyn dolnych znajduje potwierdzenie czasem, nie zawsze, w równocześnie występującej senności, lub bezsenności, w charakterystycznych bólach karkowo-barkowych, w myoklonji, w zaburzeniach ocznych z widzeniem zdwojonem *(diplopja)* i z porażeniem akomodacji. Badanie chemiczno-morfologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdza zazwyczaj dyskretną pleocytozę limfocytową, stojącą w rozdźwięku z normalną zawartością białka (Achard), a oprócz tego zwykle także i hiperglikorachję od 0,6‰ do 1‰ cukru (Netter).

W przypadku naszym dalszy przebieg choroby, ujemny wynik badania płynu mózgowego, jak i brak warunków epidemjologicznych, wykluczały tę jednostkę chorobową jako nierealną.

Zespół przypadku naszego dostosowywał się natomiast pod każdym względem do rozpoznania *poliomyelitis anterior infantum* t. j. do rozpoznania choroby Heine Medina, natrafiał tylko na jedną trudność natury epidemjologicznej. W okresie pobytu dziecka w szpitalu t. j. w czerwcu i lipcu, nie mając wiadomości o istnieniu jakiejkolwiek epidemji w kraju albo nasienia endemicznego należało się z wydaniem wyroku zawahać, albo uznać przypadek za sporadyczny. W tym kierunku trudność tę przezwyciężył czas. We wrześniu b. r. zaczęły napływać do szpitala dziecięcego przypadki porażenia dziecięcego z Warszawy i z różnych okolic Warszawy. Na podstawie tego można było i opisany przypadek objąć obręczą panującego *genius epidemicus* jesiennego i zaliczyć go do najwcześniejszych, jakkolwiek późno rozpoznanych. Wiadomo, że z początkiem każdej epidemji, a tembardziej z pojawieniem się nieznacznego nasilenia choroby sporadycznej, pierwsze przypadki ulegają z reguły naturalnemu przeoczeniu, lub też rezerwowemu przemilczeniu, zanim się lekarz prędzej lub później nie zorjentuje należycie w atmosferze zakaźnej.

Rozpoznając porażenie dziecięce, mamy prawo równocześnie obserwowane objawy zapalenia nerwów przyjąć jako cierpienie współtowarzyszące zasadniczej chorobie. Już Medin stwierdzał częstość współistnienia zapalenia wielu nerwów z porażeniem dziecięcem. To samo wykazały doświadczenia z całego szeregu epidemij nie wyłączając klasycznych obserwacyj Wickmanna.

Zajęcie obu kończyn dolnych, charakterystyczne dla zapalenia wielu nerwów, bywa wcale nie wyjątkowo w przebiegu porażenia dziecięcego. W czasie ostatniej epidemji choroby Heine Medina w Marsylji 1920—1924 w 20% istniała paraplegja kończyn dolnych. W 2 przypadkach paraplegja dotyczyła dzieci z kiłą wrodzoną.

Na podstawie przytoczonych wywodów należy w przypadku opisanym kiłę dziecka uważać za przypadkowy zbieg okoliczności, który nie wywarł żadnego wpływu na przebieg choroby, jakkolwiek z natury rzeczy mógł z początku powodować trudności rozpoznawcze.

Przypadek II. (Nr. prot. 7039). Józefa P.[1]) lat 10, przybywa do szpitala dnia 28. X. 1927.

Wywiady: Rodzice dziecka zdrowi. Dziewczynka w 7-ym roku życia przebyła odrę, w 9-ym koklusz. Obecna choroba zaczęła się nagle 20. X. wśród gorączki, bólów głowy i brzucha. Następnego dnia 21. X. gorączka spadła i matka zauważyła, „że dziecku paraliż padł na mowę i lewą nogę".

Badanie stwierdza: Blondynka, przytomna, siada o własnych siłach. Budowy normalnej, miernie odżywiona, mizerna, o oczach podkrążonych. Ciepłota normalna. Skóra wilgotna, spocona. Kości, stawy bez zmian. Nos, gardło wolne. Tętno 84. Objaw Aschnera dodatni. Ciśnienie krwi 80—65. Narządy klatki piersiowej i brzucha zmian nie wykazują.

Odruchy ścięgniste kolanowe na obu kończynach różne: na prawej żywe, na lewej bardzo upośledzone. Odruch ze ścięgna Achillesa na lewej kończynie zniesiony. Napięcie mięśniowe zniesione. Ruchy bierne kończyn wolne. Czucie bez zmian. Ruchy języka do boków oraz tworzenie zeń rynienki utrudnione. Ruchy podniebienia niecałkowite. Zdolność wysuwania żuchwy ku przodowi przesuwania jej na boki ograniczona. Otwieranie ust zachowane. Dziecko żuć może, nie zachłystując się, ma apetyt, jest dość wesołe. Śpi dobrze.

Chód dziecka bardzo utrudniony i niepewny z powodu niedowładu wiotkiego lewej kończyny dolnej.

Brak ataksji, źrenice równe, oddziaływują na światło i konwergencję. Nerwy czaszkowe bez zmian. Mowa źle artykułowana, anartryczna. Dziewczynka nie jest w możności wypowiedzieć zrozumiale Ojcze nasz.

Nakłucie lędźwiowe: dwukrotnie suche. Krew: 80% hemogl. 6,000.000 czerwonych ciałek, 14.400 białych ciałek. (48% wielojądrz., 14% przejściowych, 38% limfocytów). Odczyn Wassermanna ujemny.

Kał nie wykazuje obecności jaj pasorzytów. Diureza 600 cm. Mocz bez zmian.

29. X. Wstrzyknięto śródmięśniowo 60 cm³ surowicy antipoliomyelitycznej Pettita.

30. X. Stwierdza się znaczną poprawę w mowie dziecka i w jego chodzie.

1. XI. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa prawidłowe. Chód dziecka dobry. Mowa wykazuje nieznaczną anartrję.

Od 1. XI. do 6. XI. Stan dziecka poprawia się z każdym dniem. 6. XI. odchodzi wyleczone do domu.

Rozpoznanie brzmiało: *Paralysis pseudo-bulbaris. Poliomyelitis anterior acuta.*

Przypadek ten nosił cechy przypominające porażenie Landriego.

Podczas, gdy Landry, opisując swój zespół w r. 1859, doszukiwał się przyczyny etjologicznej w stanach zagadkowego zatrucia ustroju a na obdukcji nie znajdywał zmian anatomicznych

[1]) Przypadek przedstawiony 9. XI. 1927 na posiedzeniu klinicznem Pol. Tow. Pedjatrycznego.

w układzie nerwowym, to jednak następne badania Wickmanna, Müllera, Münzera, Manna-Schmausa, Nilsena, Schreibera wykazywały w poszczególnych przypadkach obecność rozsianych ognisk zapalnych w rdzeniu przedłużonym (szczególnie w drogach piramidowych), obecność wysięków i krwotoków z naczyń włoskowatych, już to w rdzeniu przedłużonym, już w rdzeniu. Chodziło albo o obrzęk komórek osiowych białej substancji przednich rogów, albo o zmiany zapalne i naczyniowe (jak zakrzepy, nacieki, ogniska rozmiękczenia itp.) w szarej substancji, albo wreszcie o zmiany w komórkach nerwowych, które jednak tylko wyjątkowo wykazywały wyraźny stopień zaniku (Marinesco, Bailey, Cournment, Bonne, Workman-Hunter, Stilling).

Przyczyny zespołu Landriego doszukują się naogół neurologowie w zarazkach i w toksynach chorób zakaźnych, jak: błonica, dur brzuszny, ospa, wąglik, zapalenie płuc, koklusz, gorączka połogowa, rzeżączka, malarja, posocznica, samozatrucie pokarmowe, kiła.

Tak niektóre obrazy anatomo-patologiczne, jak i niektóre objawy kliniczne zmuszały oddawna wielu autorów do uznawania porażenia Landriego za jedną z postaci ostrego, wstępującego zapalenia rogów przednich. Doświadczenia z ostatnich epidemij porażenia dziecięcego wykazały, że istnieje odmiana tej choroby, przebiegająca pod postacią porażenia Landriego (Wickmann, Müller i t. p.).

Niektórzy uważają istotę sprawy za proces zapalny nerwów obwodowych i przypuszczają, że proces ten szybko przechodząc na rdzeń i rdzeń przedłużony wywołuje zespół objawowy Landriego (Krewer).

Francuscy autorowie, jak Raymond, Martinet, Rossi, Etienne, łączą pojęcia zapalenia wielu nerwów i porażenia Landriego z pojęciem zapalenia rogów przednich, nie robiąc między niemi różnic pod względem klinicznym.

Podczas gdy zasadniczo porażenie Landriego zaczyna się od porażeń kończyn i stopniowo przechodzi na mięśnie połykowe i mowy, to jednak już autor ten przewidywał, że przebieg choroby może ulec modyfikacji, że mianowicie najpierw występują objawy opuszkowe, a potem dopiero porażenie ramion, kończyn górnych, wreszcie dolnych. Odrębną postać właśnie takiego porażenia opisał Goldflam i, nie znajdując zmian pośmiertnych, uważał ją za nerwicę.

Podczas, gdy jedni uważają porażenie Landriego za pseudoporażenie opuszkowe typu Erba i Goldflama, Jolly wprowadził dla choroby tej nazwę: *myasthenia gravis pseudo-paralytica*.

W przypadku naszym nie zachodził moment przyczynowy zatrucia exo- lub endogennego, brak było również podłoża jakiegokolwiek innego zakażenia poza zakażeniem porażenia dziecięcego, którego *genius epidemicus* w tymże samym okresie czasu dostarczył był do szpitala naszego szereg przypadków.

Zaburzenie mowy u chorego dziecka wystąpiło równocześnie ze spadkiem gorączki i według wywiadów równocześnie z porażeniem lewej kończyny dolnej.

Zaburzenie to polegało na złem artykułowaniu t. j. na wadliwem tworzeniu zgłosek z powodu zmiany w neuronach, rządzących mięśniami mowy. Anartrję spotykamy w porażeniach opuszkowych wskutek uszkodzeń jądrowych, oraz w porażeniach rzekomo-opuszkowych wskutek ognisk ponadjądrowych. W przypadku naszym brak zaników mięśni i brak odczynu zwyrodnienia przemawiał za porażeniem rzekomoopuszkowem a nie opuszkowem istotnem. Porażenie rzekomoopuszkowe mogło powstać w dwojaki sposób: albo szlaki korowo-opuszkowe jednej i drugiej strony uległy przerwie jednocześnie, albo do uszkodzenia szlaku po jednej stronie (zatem nie upośledzającego czynności jąder opuszkowych dzięki obustronnemu ich unerwieniu przez drugi zdrowy szlak) dołączyło się później takież uszkodzenie szlaku korowoopuszkowego strony drugiej. Jak wiadomo, powstawanie anartrji nie zależy od tego, w jakiem mianowicie miejscu na przebiegu neuronów korowojądrowych leży ognisko, byleby tylko było obustronne. Mogło więc ognisko znajdywać się w wieczku, czy w centrum semiovale, w torebce wewnętrznej, w szypułce mózgu, czy też moście.

Chora nasza w przeciwieństwie do afazji umiała mówić, ale nie mogła.

Choroba trwała razem do 20 dni i przebiegała naogół po jednodniowej gorączce, mimo objawów zaburzenia mowy i porażenia kończyny, naogół łagodnie, z dobrem samopoczuciem.

Dwukrotnie ujemny wynik nakłucia lędźwiowego był prawdopodobnie wyrazem niskiego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Ciśnienie krwi było bowiem także dość niskie obok równoczesnie niewielkiej ilości dobowej moczu. Pomni na doświadczenie Guillaina i Guy Laroche'a, którzy spostrzegali w przebiegu *poliomyelitis* pod wpływem nakłucia lędźwiowego przyspieszenie objawów istniejącej niemocy czynnościowej, nie uważaliśmy za stosowne robić dalszych nakłuć lędźwiowych.

W przypadku naszym zastosowaliśmy oprócz leczenia fizycznego (gorące okłady, mięsienie kończyny) wstrzyknięcie leczniczej surowicy Pettita i obserwowaliśmy zaraz następnego dnia znaczną poprawę.

Surowica ta, pochodząca od zwierząt uodpornionych przez zawiesinę rdzenia małpy zakażonej porażeniem dziecięcem, okazała się bardzo skuteczna w doświadczeniach autorów francuskich i na ostatnim Zjeździe pedjatrów francuskich 1. X. 1927 w Lozannie została bardzo gorąco polecona przez szereg wybitnych uczonych.

Piśmiennictwo.

Etienne: Rapport: Cinquième Congrès des Péd. de langue fr. 1927. — Goldflam: Medycyna, 1893. — Guillain et Laroche: Bull. et Mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 27 mai 1921, p. 794. — Haushalter P. Arch. de Méd. des Enfts. Tome XXV, 1924, p. 739. — Lange de. Acta Ped. Vol. III. 1924. — Oppenheim: Lehrb. d. Neurol. 1913. — Péhu M. Rev. franc. de péd. 1926. — Ramond L: Presse Med. Nr. 8, 1928. — Targowla R. et Lamache A.: Annales de Méd. T. XXII, Nr. 3, Octobre 1927.

S. RUBINROT, kierownik zakładu. Warszawa.

Uwagi w sprawie niezgodności rozpoznania klinicznego i rentgenologicznego w niektórych przypadkach gruźlicy płuc *).

Z Zakładu Rentgenologicznego Kasy Chorych m. Warszawy.

Jakkolwiek badanie rentgenologiczne ma zasadniczo na celu sprawdzenie względnie uzupełnienie rozpoznania klinicznego, to jednak niezbyt rzadko wynik badania rentgenologicznego odbiera tak daleko od rozpoznania klinicznego, że wydaje mi się wskazanem, aby zastanowić się nad tem, co jest właściwie przyczyną tej niezgodności i jak dalece jest ona usprawiedliwioną.

W celu zobrazowania podjętego tematu pozwolę sobie przytoczyć kilka przykładów z codziennej praktyki rentgenologicznej.

Rozpoznanie kliniczne: *„apicitis dextra"*. W obrazie rentgenologicznym — wyraźnie zaciemniony jest l e w y wierzchołek, prawy bądź zupełnie jasny, bądź nieco przymglony.

Klinicysta rozpoznaje zajęcie szczytów, rentgenolog znajduje daleko posuniętą gruźlicę płuc, lub odwrotnie — klinicysta rozpoznaje sprawę miąższową, rentgenolog nie stwierdza nawet zmian szczytowych.

Klinicysta rozpoznaje katar oskrzeli albo powiększenie gruczołów; w obrazie rentgenologicznym — spora jama w okolicy podobojczykowej.

Rozpoznanie kliniczne: sprawa gruczołowa (u dziecka); w obrazie rentgenologicznym — rozsiana gruźlica drobnoogniskowa lub prosówka.

Przykładów takich można cytować b. dużo i każdy rentgenolog spotyka je w swojej praktyce; zastanawia jednakże podobna rozbieżność orzeczeń obu tych metod diagnostycznych.

Ponieważ mówię tylko o przypadkach, nie przedstawiających żadnych wątpliwości pod względem rentgenologicznym, przeto w celu objaśnienia niezgodności rozpoznania można przyjąć tylko dwie koncepcje: winne jest pobieżne badanie klinicysty, albo też winna jest metoda badania klinicznego, nie pozwalająca na dokładne rozpoznanie.

Koncepcja pierwsza nasuwa się sama przez się, jest prawie, że oczywista: mylnie rozpoznał lekarz z powodu niedokładnego lub nieumiejętnego badania. Istotnie, w kilku przypadkach badanych powtórnie przez innego klinicystę, rozpoznanie wypadło zgodnie z obrazem rentgenologicznym. Ale pozostaje jeszcze bardzo dużo przypadków, których w podobnie łatwy sposób nie można wytłumaczyć.

Chory odkasłał poraz pierwszy w życiu nieco krwi; wezwany internista oświadcza, że zajęty jest prawy wierzchołek. Po kilku dniach inny internista rozpoznaje zmiany w lewym wierzchołku, prawy znajduje w porządku. Który z internistów ma słuszność, szczególnie jeżeli obaj uchodzą za bardzo dobrych specjalistów. Chory może wywnioskować, że może mylą się obaj i że może krew nie była pochodzenia płucnego. Oczywiście, że badanie rentgenologiczne wyjaśni sprawę, pozostaje jednak pytanie, skąd ta rozbieżność zdań specjalistów.

Weźmy jeszcze inny przypadek: lekarz kieruje chorego do rentgenoterapji z rozpoznaniem *„laryngitis suspecta"* wobec braku zmian

---

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Koła Radiolog. dnia 16 stycznia 1928 r.

klinicznych w płucach. W obrazie rentgenologicznym stwierdza się obecność dużej jamy w okolicy podobojczykowej; po roku chory umiera z powodu gruźlicy płuc. Tym razem rozbieżność zdań klinicysty i rentgenologa możemy sobie wytłumaczyć: jest to t. zw. jama niema *(„caverne muette")*, która może nie dawać objawów klinicznych.

Weźmy jeszcze przypadek rozległych zmian w płucach u dorosłego lub dziecka, gdzie klinicznie rozpoznano sprawę błahą: otóż wiemy dobrze, że sprawy drobnoogniskowe szczególnie u dzieci mogą ujść uwagi przy metodzie badania zwykłej przysłuchowej.

Na podstawie powyższej pobieżnej analizy przypadków, najczęściej spotykanych, przychodzimy do wniosków następujących:

Zwykłe metody kliniczne badania przy całej sumienności i doświadczeniu badającego dość często zawodzą i mogą pozostawić nierozpoznanemi nawet duże zmiany chorobowe w płucach: wykrywa je dopiero badanie rentgenologiczne.

Tembardziej usprawiedliwione są omyłki internistów, zmuszonych do badania znacznej liczby chorych, jak np. w praktyce Kas Chorych. W tych warunkach stosowanie kontroli rentgenologicznej jest wskazane w jaknajszerszym zakresie.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asystent. Lwów.

Próba pyramidonowa jako środek rozpoznawczy ciąży zewnątrzmacicznej.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. Kazimierz Bocheński.

Podana przez Thevenona i Rolanda w 1918 r. próba pyramidonowa dla wykrycia krwawień jelitowych okazała się równie dobra, jak próba benzydynowa. Wykazali to Aron i Ssemenoff. Zdaniem tych autorów, odczyn pyramidonowy daje pewne wyniki jeszcze w rozcieńczeniu krwi 1 : 100.000.

Pierwotną metodę zmodyfikował Jegoroff. Dodaje on do 3 ccm 5%-wego alkoholowego roztworu pyramidonu po 8 kropli 50%-wego kwasu octowego i 3%-wej wody utlenionej i jedną kroplę badanego osocza krwi. Po wstrząśnięciu probówki w razie obecności krwi lub hematyny występuje natychmiast fiołkowe, ametystowe zabarwienie. Niekiedy zabarwienie to występuje dopiero po kilku minutach. Zdaniem Jegoroffa, barwiki żółciowe niewpływają zupełnie na wynik odczynu, którego całość jest bardzo duża. Zabarwienie to utrzymuje się przez kilka lub kilkanaście minut i powoli znika.

Autoschina stosowała tę próbę w 11 przypadkach przerwanej ciąży zewnątrzmacicznej i stwierdziła, że nadaje się ona jako środek rozpoznawczy.

Natomiast Wermbter i Haselhorst odmawiają tej próbie znaczenia rozpoznawczego. Zdaniem ich, zabarwienie, rozstrzygające o wyniku dodatnim próby, spowodowane jest przez oxyhemoglobinę, która znajduje się prawie w każdej surowicy. Obecność oxyhemoglobiny zależy bowiem również od czysto mechanicznych czynników. Wstrząsanie, wirowanie, a nawet pobranie osocza, może powodować hemolizę, a przez to samo wpływać na wynik próby. Haselhorst w 500 surowicach, badanych spektroskopowo, jedynie w kilku przypadkach nie znalazł oxyhemoglobiny. W kilkudziesięciu zaś przypadkach, w których oznaczał ilość hemoglobiny we krwi, a bilirubinę i oxyhemoglobinę w osoczu, równocześnie z próbą pyramidonową, przekonał się, że wynik tej próby stoi w ścisłej zależności od ilości oxyhemoglobiny, oznaczanej spektroskopowo. Natomiast nie stwierdził on tej zależności pomiędzy odczynem pyramidonowym, a ilością hemoglobiny we krwi.

W lwowskiej klinice położniczo-ginekologicznej przeprowadziliśmy szereg prób ze surowicą kobiet zdrowych, miesiączkujących, ciężarnych, chorych ginekologicznie i w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej jeszcze utrzymanej, jakoteż przerwanej. W doświadczeniach naszych przestrzegaliśmy ściśle wskazówek Mandelstamma. Próby wykonywaliśmy równocześnie z oznaczaniem szybkości opadania czerwonych ciałek krwi, aby uniknąć trzymania pobranej krwi przez dłuższy czas w cieplarce i dwukrotnego odwirowania.

Postępowaliśmy zaś w sposób następujący:

Przygotowawszy 3 probówki zawierające:

1) 3 ccm 5% roztw. pyramidonu + 8 kropli 50% kw. octowego + 8 kropli 3% H_2O_2.

2) 2 ccm 5% roztw. pyramid. + 2 ccm 96% alkoholu + 8 kropli 50% kw. octowego + 8 kropli 3% H_2O_2.

3) 1 ccm 5% roztw. pyramid. + 2 ccm 96% alkoholu + 8 kropli 50% kw. octowego + 8 kropli 3% H_2O_2,

dodawaliśmy do każdej probówki po 1 kropli surowicy.

Ogółem zbadaliśmy 65 surowic. Z tego:
22 przypadków ciąży zewnątrz-macicznej,
12 kobiet ciężarnych,
7 poronień wczesnych,
4 torbieli jajnika,
5 guzów macicy,
5 kobiet miesiączkujących,
5 kobiet w połogu i
5 kobiet zupełnie zdrowych.

We wszystkich przypadkach pękniętej ciąży trąbkowej (16) wynik próby był dodatni (++). Zabarwienie ametystowe występowało we wszystkich trzech probówkach natychmiast po wstrząśnięciu i utrzymywało się przez kilka minut, poczem powoli znikało.

Poronienia trąbkowe, połączone z silnemi krwiotokami do jamy brzusznej, również dawały wynik dodatni (++). Natomiast utrzymane jeszcze ciąże trąbkowe dawały wynik słabo dodatni (+), gdyż zabarwienie występowało tylko w dwóch pierwszych probówkach.

Surowice kobiet ciężarnych, począwszy od IV mies. ciąży dały wynik słabo-dodatni, podobnie jak w 3 przypadkach poronień. W czterech innych przypadkach poronień wczesnych, w pierwszych trzech miesiącach, próba wypadła ujemnie (—).

Również ujemnie (—) wypadła próba ze surowicą chorych ginekologicznych. Były to przypadki torbieli jajnika i guzów macicy.

Surowice kobiet w połogu, podobnie jak kobiet miesiączkujących, dawały wyniki słabo dodatnie (+), lub niepewne (+ —). Zabarwienie występowało w jednej lub w dwóch tylko probówkach, zależnie od czasu pobrania krwi. Im wcześniej po porodzie, lub po wystąpieniu miesiączki pobrano krew, tem wynik próby bardziej zbliżał się do wyników dodatnich, które otrzymywaliśmy w przypadkach krwawień do jamy brzusznej.

Może to świadczyć o słuszności zapatrywania Stephana, który uzależnił te wyniki od zwiększonej przepuszczalności naczyń włosowatych w okresie miesiączkowym, lub silniejszego przekrwienia.

Widzimy więc, że próba pyramidonowa pomimo nadzwyczajnej swej czułości nie przedstawia większych praktycznych wartości w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej. Słabe dodatnie wyniki daje ona jedynie w przypadkach przerwanej ciąży trąbkowej, polega bowiem na wykazaniu wchłoniętej krwi, pochodzącej z krwawień w jamie brzusznej. Pamiętać jednak musimy o tem, że na wynik jej wpływa obecność oxyhemoglobiny w surowicy co, jak dowiodły badania wyżej wspomnianych autorów, zdarza się bardzo często.

Niezbyt ścisłe odgraniczenie poronień, ciąży trąbkowych i kobiet miesiączkujących przemawia również na niekorzyść tej próby, gdyż największe trudności rozpoznawcze są właśnie w czasie ciąży zewnątrzmacicznej, kiedy zmuszeni jesteśmy wybierać pomiędzy nią, a innemi schorzeniami przydatków.

Przerwana ciąża zewnątrzmaciczna, powodująca krwotok do jamy brzusznej daje tak charakterystyczne objawy kliniczne, że pomyłki rozpoznawcze zdarzają się nader rzadko.

Piśmiennictwo.

Thevenon-Roland: La Presse Med. 1918, Nr. 46. — Aron: D. m. Woch. 1921, Nr. 7. — Ssemenoff: Archiv. f. Reichsinst. 1922 (ref.): — Jegoroff: Pharmacet. Journ. 1923 (ref.). — Mandelstamm: D. m. Woch. 1926, Nr. 20. — Wermbter: Ztrbl. f. Gyn. 1927, Nr. 20. — Haselhorst: Ztrbl. f. Gyn. 1927, Nr. 49.

Z HISTORJI MEDYCYNY.

W. NOWICKI. Lwów.

Z dziejów Lwowskiego Tygodnika lekarskiego i jego następcy, organów Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Ciąg dalszy.

Z wydaniem ostatniego numeru pisma z r. 1906 ustąpił z Redakcji jego prof. Beck; ustąpienie to uzasadnia w notatce redakcyjnej (umieszczonej w tymże numerze 52) tem, że z chwilą, gdy Tygodnik wszedł już na tory normalne i gdy o los pisma można już być spokojnym, dobrze będzie, jeżeli na jego czele stanie tylko jeden redaktor, dlatego też z Nowym Rokiem składa swój urząd redaktorski, przyczem dziękuje za zaufanie, jakiem został obdarzony przez wybór na redaktora.

Pierwszy rok istnienia nowego pisma zamknęła Redakcja tomem, składającym się z 82 arkuszów druku, w czem $2^1/_2$ zestawie-

nia treści. Rocznik pierwszy zawierał 48 prac oryginalnych, z czego tylko cztery autorów pozalwowskich.

Drugi rocznik z r. 1907 zaczyna się numerem, który pod nagłówkiem ma już dopisek „Organu Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego", a redaktorem jego jest prof. dr. Włodzimierz Sieradzki. Skład komisji redakcyjnej jest tensam, co w roku ubiegłym, tylko dodatkowo wszedł do niej prof. Beck. Tygodnik, jako organ urzędowy, zamieszcza już stałe protokuły posiedzeń naukowych Tow. lek. lwowskiego oraz jego wszelkie komunikaty. W numerze pierwszym Redakcja zwraca się do Kolegów, prosząc o poparcie pisma, które zyskało już oparcie moralne o jedno z najpoważniejszych stowarzyszeń naukowych w kraju, i dlatego przyszłość jego jest już zapewniona.

Na dorocznem Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa, odbytem dnia 18 stycznia 1907, wybrano, jako delegatów do Redakcji Tygodnika lekarskiego, kol. Ruffa i W. Ziembickiego.

W dwa miesiące później, t. j. 23 marca, Walne Zgromadzenie założycieli Tygodnika lekarskiego wybiera zastępcą przewodniczącego dra Tatarczucha, a zastępcę redaktora doc. Hermana.

W tym drugim roku wydawnictwa zainteresowanie pismem niewątpliwie się wzmaga. Tygodnik bierze też udział w życiu świata lekarskiego, przedewszystkiem lwowskiego, i w jego wydarzeniach. Z powodu 10-lecia Kliniki lekarskiej umieszcza w Nrze 22 z dnia 30 maja historję kliniki pióra W. Ziembickiego, i jej fotografję, spis prac z niej ogłoszonych oraz prace naukowe. Rok 1907 jest rokiem X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie: organ Tow. lekarskiego poświęca Zjazdowi numer 29 z dnia 18 lipca, a nadto Redakcja Tygodnika, na podstawie umowy z Komitetem organizacyjnym Zjazdu, obejmuje kierownictwo i redakcję Dziennika Zjazdu, z czego wywiązuje się bez zarzutu.

Redakcja, skrępowana uchwałą grona właścicieli, określającą maksimum objętości pisma, musi się do niej stosować z trudnością, niemogąc umieszczać całego materjału napływającego. Mimo to rocznik drugi objął niespełna 93 arkuszów druku tekstu. Prac oryginalnych ogółem zawiera 60, z czego zamiejscowych 19, a więc prawie 5 razy więcej, niż w roczniku pierwszym.

W pierwszym numerze rocznika III-go z r. 1908, czytamy historję Tow. lekarskiego lwowskiego, napisaną przez doc. Hermana, z powodu 30-lecia Towarzystwa, uroczyście obchodzonego dnia 28 grudnia roku ubiegłego: „Z Kroniki Towarzystwa lekarskiego lwowskiego z powodu 30-letniej rocznicy". W ustępie tej Kroniki, poświęconym Tygodnikowi, który właśnie w roku jubileuszowym Towarzystwa został jego organem, Herman mówi: „obowiązkiem Towarzystwa powinno być zapewnienie trwałego i beztroskliwego bytu temu pismu". Siła wyższa, dziejowa bytem tym — niestety — w szereg lat później tak bardzo wstrząsnęła!

W roku tym redaktor, prof. Sieradzki, składa obowiązki redaktora, po półtorarocznem kierowaniu pismem, w ręce doc. Adama Bednarskiego. Zasługą było pierwszych dwóch redaktorów, prof. Becka i Sieradzkiego, objęcie kierownictwa w piśmie nowem, które musiało sobie dopiero torować drogi i zdobywać prawo obywatelstwa wśród innych pism lekarskich. Oni to musieli nadać pewne piętno Tygodnikowi i niejako go formować. W numerze 31 z dnia 30 lipca Redakcja zawiadamia o tej zmianie czytelników, a nowy rekaktor zwraca sie z prośbą o poparcie i współpracownictwo, aby, pamiętając o innych pismach, niezapomnieli i o Tygodniku.

Rocznik III wykazuje wzrost artykułów z 60 na 72, w czem 12 zamiejscowych, a składa się on z 86 arkuszów druku tekstu. W roczniku tym numer z dnia 30 stycznia poświęcony jest 10-leciu istnienia kliniki chirurgicznej lwowskiej; zawiera on artykuły obu Rydygierów, ojca i syna, Jedlički, T. Ostrowskiego, J. Selzera, zaś numer 8 z dnia 20 lutego, poświęcony prof. Maciejowi Jakubowskiemu, ku uczczeniu jego wieloletniej pracy, zawiera artykuły Raczyńskiego, Brudzińskiego, Meizelsa i Progulskiego.

W roku 1909 Tow. lekarskie wysyła do komisji redakcyjnej, jako delegatów, kolegów Nowickiego i Piseka. W pierwszym numerze rocznika IV na wstępie Redakcja zwraca się do Kolegów z prośbą o poparcie; gdy pierwsze trzy roczniki wydawała nie bez troski, wydane roczniki pouczyły ją, że obawy były płonne. Powołuje do pracy ukrytych, nieznanych, rozrzuconych po naszej ziemi pracowników, bo każdy z nich do skarbca nauki dodać może spostrzeżenia, wzbogając wiedzę ludzką na polu nauk lekarskich.

Rok 1909 jest ważny dla pisma młodego, przedewszystkiem dla umocnienia jego bytu. W tymto bowiem roku mężowie zaufania Tow. lek. krakowskiego i lwowskiego wraz z komisją, wybrani przez Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy galicyjskich, do zmiany statutów, wobec w komplecie zebranej Rady Zawiadowczej Tow. lek. galicyjskich, zawarli układ, że od d. 1 kwietnia 1909 przysługuje członkom sekcyj prowincjonalnych wolny wybór organu, mogą tedy odbierać albo Przegląd lekarski, albo Lwowski Tygodnik lekarski. Umowa ta rozszerzyła tedy znacznie teren czytelników Tygodnika, a, jako organ, postawiła go na równi z Przeglądem lekarskim. W kilka miesięcy później, bo 4 lipca tego roku, Walne Zgromadzenie delegatów Tow. lek. galicyjskich uchwala zmianę swego statutu, między innemi, w tym duchu, że członkowie Towarzystwa lek. krakowskiego i lwowskiego będą otrzymywali Przegląd i Tygodnik lekarski bezpłatnie.

Umowę ujęto w 3 artykuły: a) Tow. lekarskie krakowskie wstępuje jako sekcja do Tow. lekarzy galicyjskich; b) od 1 kwietnia 1909 Tow. lek. krakowskie odbiera Przegląd lekarski, Tow. lek. lwowskie Tygodnik lekarski, sekcje prowincjonalne zaś mają wolny wybór w tem znaczeniu, że każdy członek może, wedle upodobania, odbierać Przegląd lub Tygodnik lekarski: c) od 1 stycznia 1910 każdy członek Tow. lekarzy galicyjskich odbiera oba pisma, t. j. Przegląd i Tygodnik lekarski, za cenę 18 k.

Dotąd jednak Lwowski Tygodnik lekarski był jeszcze zawsze własnością założycieli i wydawców.

Ważnem też było dla jego dalszych losów Walne Zgromadzenie założycieli, które odbyło się dnia 19 listopada 1909 roku. Z sprawozdania o tem zebraniu, któremu przewodniczył stały opiekun i główny założyciel pisma, prof. Machek, dowiadujemy się, że stan funduszu zakładowego Tygodnika wynosi 7.213 k., administrator ma z końcem roku do żądania 10.794 K., do wypłacenia 7.353 K., czyli, że pokazało się, że po czterech latach wydawania Tygodnika udało się utrzymać fundusz zakładowy prawie w całości i pokryć koszta wydawnictwa, nawet z pewną nadwyżką. Stan czynny czysty wyniósł 10.654 K. W dalszym ciągu posiedzenia prof. Machek przedłożył wniosek następujący: „Zważywszy, że zamiarem założycieli Tygodnika było ugruntowanie wydawnictwa, któreby mogło być organem Lwowskiego Tow. lekarskiego, co zresztą w akcie założenia jest na pierwszem miejscu wypowiedziane; zważywszy, że organ Towarzystwa powinien być jego własnością, a doświadczenie czteroletnie wykazało, że Tygodnik ma warunki bytu, Rada Zawiadowcza wnosi: 1. Lwowski Tygodnik lekarski przechodzi na własność Lwowskiego Tow. lekarskiego z dniem 1 stycznia 1910 wraz z wszystkiemi aktywami i passywami.

2. Fundusz zakładowy Lwowskiego Tygodnika lekarskiego staje się własnością Lwowskiego Tow. lekarskiego; tenże ma stanowić osobny fundusz, który służy do subwencjonowania Tygodnika. Na każdą subwencję jest potrzebna uchwała Walnego Zgromadzenia Lwowskiego Tow. lekarskiego.

3. Na tytułowej stronie każdego rocznika Tygodnika lekarskiego mają być wymienione nazwiska założycieli.

Wniosek powyższy uchwalono jednomyślnie. Z chwilą przyjęcia tych warunków przez Lwowskie Tow. lekarskie Lwowski Tygodnik lekarski stał się też jego własnością.

Tak więc pierwotna myśl pierwszych inicjatorów i założycieli Tygodnika, po 4 latach jego istnienia, została urzeczywistniona. Lwowskie Towarzystwo lekarskie, istniejące już od lat 32 jako samodzielna sekcja, otrzymuje organ tygodniowy, który zarazem jest jego własnością. Stało się to dzięki konsekwentnemu postępowaniu grona założycieli, kierowanemu wytrwale i również konsekwentnie przez pierwszego wnioskodawcę prof. Machka. Jego to nieustannej pieczy i skrupulatności w znacznej części należy przypisać zapewnienie bytu, utrwalenie podstaw Lwowskiemu Tygodnikowi lekarskiemu. Że Tygodnik z czasem stał się bez wstrząśnień organem Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego, a później także Tow. lekarzy galicyjskich, zawdzięczać należało także lojalności i dobrej woli Tow. lekarzy galicyjskich i Krakowskiego Tow. lekarskiego, które, idąc po linji uchwał Lwowskiego Tow. lekarskiego, zgodziły się na to, warując sobie tylko, rzecz zrozumiała, prawa, które dla istnienia i rozwoju dotychczasowego wspólnego organu, Przeglądu lekarskiego, były potrzebne i słuszne.

Z końcem roku 1909 Redakcja i Komisja redakcyjna, starając się o rozwój i ulepszenie pisma, uchwaliła wprowadzić osobny dział nowy. — „Dział krytyki lekarskiej", któryby miał do pewnego stopnia tesame cele i zadania, co dawniejsza warszawska „Krytyka lekarska". W tym dziale nowym miały być umieszczane artykuły z zakresu krytyki poznania lekarskiego, metodologji, historji medycyny i terminologji lekarskiej. Współpracownictwo przyjęli Biegański z Częstochowy, Bieliński z Warszawy, Biernacki ze Lwowa, Bugiel z Paryża, Giedroyć z Warszawy, Kaufman z Łodzi, Kramsztyk z Warszawy, Lachs z Krakowa, Peszke z Warszawy, Szumowski ze Lwowa, Twarjowski ze Lwowa i Wrzosek z Krakowa.

Miała to być próba podtrzymania pięknej tradycji dawnej „Krytyki lekarskiej", jedynego w Europie, a tak bardzo dla siebie swoistego co do treści, wydawnictwa.

Rocznik IV Tygodnika z r. 1909 objął 75.2 arkuszów druku tekstu, a umieszczono w nim 65 prac oryginalnych, z czego tylko 6 zamiejscowych.

Wobec przejścia Tygodnika na własność Towarzystwa lekarskiego, Walne Zgromadzenie wybiera już odtąd redaktora i Komisję redakcyjną.

Z końcem roku 1909 doc. Bednarski złożył obowiązki redaktorskie po prawdziwie pracowitym okresie prowadzenia Tygodnika, za co też Rada Zawiadowcza złożyła mu zasłużone podziękowanie. Towarzystwo wybiera na rok 1910 redaktorem doc. Witołda Nowickiego, który do końca istnienia Tygodnika, jako pisma samoistnego, nim kieruje, t. j. niemal do końca roku 1921 z przerwą wojenną, kiedyto pismo niewychodziło. Do Komisji redakcyjnej, również po raz pierwszy wybranej przez Towarzystwo, weszli koledzy Bednarski, Czyżewicz jun., Franke, Herman, Pisek, Sieradzki.

Nowowybrany redaktor mówi w artykule wstępnym „Od Redakcji" o wprowadzeniu „Działu krytyki lekarskiej", dalej o stałem zamieszczaniu krótkich sprawozdań z ruchu naukowego w Towarzystwach lekarskich zagranicznych. Pod nagłówkiem pisma po raz pierwszy umieszczono, obok dawniejszego dopisku „Organ Lwewskiego Towarzystwa lekarskiego" także „Towarzystwa lekarzy galicyjskich". W pierwszym numerze z dnia 6 stycznia 1910 widzimy już „Dział krytyki lekarskiej" z artykułem Biegańskiego: „O przesądach w medycynie" a także Szumowskiego „Warszawska Krytyka lekarska", wreszcie „Oceny" pióra Bielińskiego. W dalszych numerach w dziale tym ukazały się artykuły: Fr. Giedroyć. Służba zdrowia w wojsku greckiem pod Troją. — M. Kaufman. Witalizm i mechanizm. — Wł. Szumowski. Uwagi Jana Piotra Franka o organizacji Szpitala powszechnego we Lwowie. — Pisek. Słów kilka o modlitwie lekarza średniowiecznego. — A. Wrzosek. Stefan Gaden, lekarz nadworny carów moskiewskich. — A. Wrzosek. Życie płciowe studentów Uniwersytetu moskiewskiego w świetle ankiety z 1905 roku. — Biegański. Teleologja i witalizm. — W. Opolski. Pogadanka starego kolegi o tegoczesnym przemyśle w lecznictwie.

W numerze 44 redakcja składa życzenia z powodu I. Krajowego Zjazdu przemysłowo-lekarskiego, a następnie poświęca numer osobny prof. Napoleonowi Cybulskiemu z powodu 25-letniej jego pracy naukowej; numer ten zawiera, prócz życiorysu pióra prof. Becka, prace A. Gluzińskiego, Szymonowicza i Zaczka, Popielskiego, Marka Reichensteina, Becka i Bickelesa, Hulanickiej, Konopackiego. Równocześnie nakładem redakcji „Lwowskiego Tygodnika lekarskiego" i pod redakcją Nowickiego wychodzi „Pamiętnik jubileuszowy, wydany na cześć Prof. Napoleona Cyulskiego" z portretem jubilata. Wykwintnie wydana książka, objętości 18.5 arkuszy druku, zawiera życiorys jubilata pióra prof. Becka i prace naukowe Becka, Becka i Bickelesa, Czerneckiego, A. Gluzińskiego, Hulanickiej, Konopackiego, Madejewskiego, J. Markowskiego, W. Nowickiego, L. Popielskiego, M. Reichensteina, W. Szymonowicza i Zaczka, Tomaszewskiego, Bocheńskiego.

Rocznik V. z r. 1910 był z roczników dotychczasowych rocznikiem pod względem objętości największym, a także pod względem liczby artykułów. Obejmował on bowiem samego tekstu 91.6 arkuszów druku, artykułów 72 z tego już 17 zamiejscowch. Koledzy z poza Lwowa zaczynają się coraz bardziej interesować pismem; widać to nietylko z treści tego rocznika, lecz także z korespondencji redakcyjnej; zawsze względy budżetowe, przestrzegane skrupulatnie przez administrację, w szczególności przez kolegę Reichensteina, niepozwalały jednak na powiększenie ram „Tygodnika" do tych rozmiarów, jakich wymagała teka redakcyjna, zasobna w materjał. Jedno należy podnieść, że materjał do „Działu krytyki lekarskiej", mimo usilnych starań redakcji, wpływał bardzo skąpo i niepozwalał na rozwinięcie należyte działu nowowprowadzonego.

W szóstym roku istnienia, 1911, pismo postępuje torem wytkniętym pod redakcją tąsama. W skład Komisji redakcyjnej wchodzą koledzy: Bednarski, Czyżewicz, Franke, Herman, Pisek i Rencki. W dziale krytyki lekarskiej pojawiają się artykuły następujące: A. Wrzosek. Wykład wstępny z historji medycyny, wygłoszony w Uniwersytecie Jag. dnia 3. XI. 1910. — M. Kaufman. Logika i medycyna. — Szumowski. Jedenaście roczników warszawskiej „Krytyki lekarskiej". — Z powodu XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie oraz półwiekowej rocznicy istnienia „Przeglądu lekarskiego" Redakcja Tygodnika wydaje specjalny numer z artykułami Becka, Popielskiego, Reisa, Klarfelda, A. Rydygiera, Czubalskiego, Greka, Bocheńskiego, Sabata, Hornowskiego, Lenartowicza, Nowickiego, Pańczyszyna. Numer w ozdobnej tece redaktor wręczył z przemówieniem prof. Ciechanowskiemu, redaktorowi Przeglądu, w czasie uroczystości jubileuszowej.

Tygodnik zdobywa coraz większe grono czytelników i współpracowników. Rok 1911 Redakcja zamyka rocznikiem objętości 88.5 arkuszów druku tekstu z 66 artykułami, w tem 13 zamiejscowemi.

Pismo systematycznie się rozwija. Redakcja jest tasama, a w skład Komitetu redakcyjnego w r. 1912 wchodzą koledzy: Bednarski, Czyżewicz, Franke, Herman, Pisek, Sieradzki. W tym roku przypada 250-lecie istnienia Wszechnicy lwowskiej. Tygodnik, ściśle związany z Wydziałem lekarskim, bierze udział w tej uroczystości i wydaje specjalny numer, poświęcony Wszechnicy - Jubilatowi. Wykwintnie wydany numer zawierał osobno na kartonie wytłoczony adres, podpisany przez ówczesnego dziekana Wydziału lekarskiego prof. dr. Rydygiera, prezesa Tow. lek. galicyjskich prof. Machka, prezesa Tow. lek. lwowskiego dra Skałkowskiego i redaktora Tygodnika doc. Nowickiego.

Adres brzmiał: „Burze i przeciwności losu, które przez długie czasy niepozwalały Ci, Dostojna Alma Mater, należycie się rozwinąć, najdotkliwiej odbijały się zawsze na losach nauki lekarskiej. Odepchnięta ta prawie zupełnie i stale od łona Macierzy córa tułaczy prowadziła żywot; pielęgnowana tylko przez dobrowolne zrzeszenia lekarzy, oczekiwała długo lepszych warunków bytu, z trudem krocząc za postępem wiedzy Zachodu. Dziś w powołanym niedawno do życia Wydziale lekarskim, znalazłszy dobroczynną opiekę Wszechnicy, medycyna lwowska bujnem zakwitła życiem, a gorący ruch naukowy w fakultecie i towarzystwach lekarskich stanowi jeden z wybitnych przejawów ojczystej kultury, rozwijającej się tu na Kresach pod Twojem, Czcigodna Alma Mater, skrzydłem.

W dniu chwały Twojej i ćwierćtysiącznego jubileuszu istnienia, lekarze lwowscy, skupiający się w Wydziale medycznym, Towarzystwie lekarskiem i Redakcji „Tygodnika lekarskiego, składają Ci, Dostojna Alma Mater, w darze, wraz z wyrazami hołdu, wiązankę swych prac naukowych, które racz zaliczyć do Swego dorobku i Swych dla kultury Narodu zasług".

Sam numer zawierał 28 prac, a autorami ich byli koledzy: Szumowski, Popielski, Wilenko, Prus, Hornowski, Sieradzki, L. Fajersztejn, Gąsiorowski, Lenartowicz, Nowicki, A. Gluziński, Wiczkowski, W. Ziembicki i Sabat, Raczyński, Progulski, Czarnik, Berlstein, L. Rydygier, Sabat, Machek, Mars, A. Czyżewicz, Reis, Hołodyński, Papeé, Cieszyński, Modrakowski. Numer w ozdobnej tece wręczono w dniu jubileuszu Władzom uniwersyteckim.

W numerze z dnia 19 grudnia Redakcja składa życzenia II. Zjazdowi neurologów; Psychjatrów i Psychologów polskich.

Zainteresowanie pismem i jego poczytność stale wzrasta a z niemi także jego rozwój. W r. 1912, a więc w siódmym roku jego istnienia, okazuje się w Tygodniku najwyższa liczba prac oryginalnych, bo 85, gdy w roku poprzednim wynosiła ona 65, a liczba arkuszów druku samego tekstu wynosi 105,2, gdy w roku poprzednim wynosiła 87, a więc mniej o przeszło 18 arkuszów. Ten znacznie wzmożony ruch i ożywienie zaznacza się także żywą korespondencją Redakcji i przybytkiem czytelników. Odpowiednikiem tego jest wzmożone tętno życia w Towarzystwie lekarskiem.

Niemniej ożywiony jest rok 1913.

Z powodu trzydziestoletniej rocznicy na stanowisku prymarjusza w Powsz. Szpitalu we Lwowie wychodzi specjalny numer (13 z dnia 22. III.), poświęcony prof. Grzegorzowi Ziembickiemu z portretem jubilata, jego życiorysem pióra prof. Wiczkowskiego i 11 pracami naukowemi. W numerze 46 z dnia 13 listopada Redakcja składa życzenia Alfredowi Sokołowskiemu i podaje jego życiorys pióra Prym. Piseka, z powodu 40-letniej pracy zawodowej tego męża, zasłużonego na polu naukowem i społecznem.

Rok 1913 jest także rokiem jubileuszowym bratniego pisma „Nowin lekarskich", 25-lecie jego istnienia. Tygodnik lekarski w numerze 46 z dnia 13 listopada składa życzenia Koledze - jubilatowi i jedenaście prac naukowych.

Rocznik VIII objął 102.5 arkuszów druku tekstu z 73 artykułami.

Nadchodzi rok 1914, brzemienny w wypadki światowe, rok dla pisma, jego przyszłości i losów, jak wogóle dla polskiego piśmiennictwa lekarskiego, wielkiej doniosłości. Chociaż na ho-

ryzoncie politycznym zbierały się coraz liczniejsze chmury, chociaż położenie ekonomiczne w związku z niepewnością polityczną w całej Europie, w szczególności w środkowej, ulegało wstrząsom ustawicznym, pismo rozpoczęło ten rok 1914, a dziewiąty swego istnienia, zasobną w materjał teką redakcyjną i z nadzieją dalszego rozwoju, jego współpracownicy zaś z pełną energją do pracy.

Z powodu otwarcia nowourządzonego uniwersyteckiego Instytutu dentystycznego ukazuje się wspólny numer 11 i 12 z dnia 19 marca z licznemi rycinami na tablicach kredowych, zawierający kronikę Instytutu pióra prof. Cieszyńskiego oraz artykuły Grabczaka, Lotha, Cieszyńskiego, Węgrzynowskiej, Zippera, Schalita. Nie brakło też w tym roku zjazdów i jubileuszów, którym, jak zawsze, Redakcja składa życzenia lub poświęca osobne numery. I tak w numerze 22 z dnia 28 maja czytamy na wstępie życzenia, złożone III Zjazdowi lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego i Tow. lekarskiemu lubelskiemu z powodu 40-lecia jego istnienia. W numerze 30 z dnia 23 lipca II Zjazdowi internistów polskich i I Zjazdowi higienistów polskich we Lwowie.

Są to już dnie, w których zmora wojny ciąży nad Europą. Dnia 30 lipca wychodzi numer 31 — ostatni w r. 1914. Zamyka on rocznik IX Tygodnika, a w nim 59.7 arkuszów druku tekstu i 31 artykułów oryginalnych — a składa się na niego 7 miesięcy czasu.

Powołanie nagłe do wojska licznych Kolegów i współpracowników pisma, nagłe zatamowanie życia normalnego w mieście, które z powodu swego położenia uległo odrazu wstrząśnieniom, jakim nieuległy, nawet w czasie samej wojny, środowiska inne, niepewność dni najbliższych musiały wstrzymać wydawnictwo Tygodnika. Trzeba się było liczyć z głosem Administracji i na razie czekać, co przyniesie jutro. Przyniosło, jak wiadomo, wypadki, które tak bardzo zaciężyły nad miastem, które na szereg lat zatamowały jego życie i jego rozwój, wstrzymały wszelkie zamierzenia kultury.

Odbiły się one także na życiu Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego — nie pozwoliły też ani na chwilę myśleć o wznowieniu wydawnictwa Tygodnika lekarskiego. Redakcja Przeglądu lekarskiego z całą gotowością, idąc w pomoc Towarzystwu, objęła na razie agendy Tygodnika.

A kiedy wybiła godzina na zegarze dziejowym nieuniknionego zmartwychwstania Polski, kiedy nowy strumień życia i energji zbliżał się i miał w skołatanem mieście i jego organizacjach wzniecić nowy ruch i pracę, nastąpiły wypadki listopadowe 1918 roku — inwazja ukraińska z wszystkiemi jej okropnościami. Nie było dane miastu, jego mieszkańcom i organizacjom przeżywać dni radości, jakie miały inne ośrodki na ziemiach polskich. We Lwowie zamarło na nowo życie, zamarło także w Towarzystwie lekarskiem na szereg długich męczących miesięcy.

Z chwilą uwolnienia Lwowa zaczynają się znowu posiedzenia naukowe w Towarzystwie lekarskiem, pierwsze dnia 16 maja 1919 roku. Redaktor Tygodnika lwowskiego porusza myśl wznowienia wydawnictwa pisma z najbliższym rokiem 1920. Brak potrzebnych funduszów jest jednak poważną przeszkodą dla wykonania tego zamiaru. Nadzieja na doraźne uzyskanie sumy potrzebnej jest znikoma wobec ciężkich warunków materjalnych, w jakich znalazła się rzesza Kolegów lwowskich; na prowincjonalnych nie można było wiele liczyć, gdyż także oni w tym czasie walczyli z trudnościami ekonomicznemi. Należało jednak zapukać do ofiarności Kolegów, do ich dobrej woli i zrozumienia potrzeby powrotu jaknajszybszego do stosunków normalnych. Redaktor pisma przy pomocy Kol. Bocheńskiego sporządził listy składkowe i, obchodząc osobiście Kolegów zamożniejszych, zdołał zebrać fundusz na pierwsze początki wydawania pisma, choćby w ramach bardzo ograniczonych. Tych niespełna tysiąc koron było początkiem wznowienia Tygodnika. Redakcje jego w dalszym ciągu objął Kol. Nowicki, obowiązków administratora w tych bardzo ciężkich czasach ofiarnie się podjął Kol. Bocheński.

Na posiedzeniu Tow. lekarskiego dnia 5 grudnia 1919 przewodniczący posiedzenia Kol Nowicki, a zarazem redaktor, podniósł sprawę wznowienia wydawnictwa Lwowskiego Tygodnika lekarskiego i postawił wniosek odpowiedni. Po ożywionej dyskusji, w której jednomyślnie uznano potrzebę i znaczenie wznowienia pisma, wniosek uchwalono.

Wzięto się więc do pracy w pełnej nadziei, że raz rozpoczęte dzieło stopniowo się rozwinie, że wreszcie powrócą stosunki przedwojenne rozkwitu, nawet bujniejszego. Na razie postanowiono wydawać Tygodnik raz na miesiąc. Rada Zawiadowcza Tow. lekarzy galicyjskich uchwaliła poprzeć organy Towrzystwa, które znalazły się w ciężkich warunkach materjalnych. Rada Zwiadowcza wyjednała dla członków swych zniżoną opłatę za „Przegląd lekarski“ i „Tygodnik lekarski“ w wysokości 50 kor. za każde pismo. A pamiętać należy, że były to już czasy dewaluacji. W odezwie swej Rada Zawiadowcza pisze: „W zmienionych, chociaż szczęśliwszych, chwilowo trudniejszych warunkach mamy prowadzić rzecz, którą rozpoczęli nasi poprzednicy. Zapraszamy Kolegów na członków Towarzystwa i prosimy o bezwłoczne wniesienie rocznej opłaty, abyśmy mogli uregulować liczbę egzemplarzy naszych wydawnictw“.

W drugiej połowie stycznia 1920 wychodzi 1 numer powojenny „Lwowskiego Tygodnika lekarskiego“. Na wstępie w artykule „Od Redakcji“ czytamy: „Po kilkuletniej przerwie, spowodowanej wypadkami wojennymi, które szczególnie we wschodniej części naszego kraju tak ciężkie przejścia za sobą pociągnęły, pomimo obecnie trudnych warunków, wznawiamy wydawnictwo naszego pisma. Niezwykle wysokie wydatki, z niem połączone, są powodem, że musimy na razie ograniczyć się do wydawania „Tygodnika“ raz na miesiąc, każdego pierwszego. W myśl porozumienia z wydawnictwem „Przeglądu lekarskiego“, któremu za dotychczasowe zastępstwo najserdeczniejsze składamy dzięki, będą otrzymywali członkowie Towarzystw oba pisma na przemian, co dwa tygodnie.

Rozpoczynając ten dziesiąty rocznik, czujemy obowiązek poświęcenia słów pamięci i czci Kolegom, członkom Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, a między nimi założycielom i gorliwym współpracownikom „Tygodnika“, zmarłym w latach tej wielkiej wojny. Ubywały kolejno z grona naszego szanowne i zasłużone, a tak czynne wśród nas, postacie, jak ś. p. Grzegorza Ziembickiego, Marsa, Raczyńskiego, Hermana i innych, wielu zaś młodych Kolegów padło na polu bitwy lub w walce z chorobami zakaźnemi, niosąc pomoc rannym i chorym.

Śmierć ich spowodowała dotkliwe szczerby w naszem gronie, tem dotkliwsze, że odrodzonej Ojczyźnie tak bardzo dzielnych synów potrzeba. Nam pozostałym przypada tem większe zadanie do spełnienia, aby wzmożoną pracą na wszystkich polach budować jej przyszłość. Niech wydawnictwo naszego pisma tutaj na Kresach będzie jednym z objawów tej wzmożonej pracy, poświęconej kulturze i dobru Narodu“!

I rzeczywiście w innych warunkach rozpoczęła się praca w Tygodniku lekarskim. Brakło szeregu Kolegów, którzy od początku istnienia pisma naprawdę byli jego podporą, wśród nich należy wymienić ś. p. Maksymiljana Hermana, jednego z najdzielniejszych i najbardziej wytrwałych pracowników w Tygodniku lekarskim od pierwszych dni jego powstania. Niechże to wspomnienie będzie uczczeniem pamięci przedwcześnie zmarłego wiernego i zasłużonego na polu nauki i polskiego piśmiennictwa lekarskiego. Z tych, co już później odeszli ku szkodzie nauki i piśmienniczej pracy lekarskiej, a ściśle związani byli z pismem, należy wymienić ś. p. Józefa Hornowskiego, który w ciągu szeregu lat był stałym pracownikiem pisma i kilkakrotnie zastępcą redaktora, jego śmierć przedwczesna wyrwała jednego z najdzielniejszych pracowników naukowych. Cześć Jego pamięci! O tych, co zostali, nie pora dziś mówić.

Pismo, choć raz na miesiąc i w trudnych jest warunkach, wychodzi regularnie, a dzięki skrupulatności i oszczędnej, zapobiegawczej gospodarce administratora wiąże koniec z końcem. Na trudności, coraz bardziej się piętrzące, składa się niesłychane powojenne podrożenie papieru, składu i druku. To też troską ustawiczną administracji jest zdobywanie środków pieniężnych i utrzymanie równowagi budżetowej. Te troski i trudności, z jakiemi walczy Tygodnik, nie oszczędzają także innych perjodycznych pism lekarskich polskich, a nawet w tym czasie zasobnych zagranicznych. „Przeglad lekarski“, tak bardzo zasłużony w piśmiennictwie polskiem, zamienia się narazie także na pismo miesięczne, to samo dzieje się z warszawską „Gazetą lekarską“. Aby utrzymać się i przetrwać niesłychanie trudne położenie, administracje pism wchodzą w porozumienie co do zyskania wzajemnego abonentów. Na skutek porozumienia z „Gazetą lekarską“ Walne Zgromadzenie Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego na posiedzeniu dnia 26 marca 1920 uchwala jednomyślnie, że wszyscy członkowie Towarzystwa od dnia 1 lipca 1920 będą otrzymywać „Gazetę lekarską“ za cenę 25 Mkp., w zamian wszyscy abonenci „Gazety“, jakoteż członkowie Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie, którego organem jest „Gazeta lekarska“, będą otrzymywać „Tygodnik lekarski“ na warunkach tych samych. Ten sam układ został zawarty między „Przeglądem lekarskim“ a „Gazetą lekarską“. Wreszcie nastąpiło porozumienie z Tow. lekarskiem krakowskiem, że każdy prenumerator „Przeglądu lekarskiego“ musi otrzymywać dwa inne pisma, i wzajemnie dotyczy ten układ pism tamtych. Są to porozumienia i układy bardzo znamienne dla czasów ówczesnych, podyktowane niezmiernie ciężkiemi warunkami,

w jakich znalazło się nasze piśmiennictwo lekarskie. Uchwały te obowiązywały do końca grudnia 1920 roku.

W numerze szóstym, czerwcowym, Redakcja składa życzenia Wydziałowi lekarskiemu Wszechnicy Jana Kazimierza z powodu uroczystości ćwierćwiecza jego istnienia: „Wydział lekarski Wszechnicy Jana Kazimierza święci ćwierćwiecze Swego istnienia — niedługi okres czasu, lecz prawdziwie dobrze bogaty w zasługi! Nie zawiodło się na młodym Wydziale społeczeństwo, starając się przed szeregiem lat o powołanie do życia nowej placówki naukowej przy Wszechnicy lwowskiej. Rozkwitło też bujnie i tętniało mocno życie w nowej córze Kazimierzowskiej Almae Matris. Wykształciła Jej Ona szeregi już dziś zasłużonych wychowanków — zasiliła nimi hojnie wyższe uczelnie odrodzonej Ojczyzny a do Księgi nauki polskiej dodała niejedną chlubną kartę. I, gdy dziś ze wszech stron drogiej Ojczyzny biegną głosy z serdecznemi życzeniami dla Wydziału - Jubilata, pismo nasze, powołane właśnie przezeń do życia, składa Mu z głębi serca płynące życzenia, aby i dalsze karty Jego historji tak chlubnie o Nim świadczyły, jak to pierwsze ćwierćwiecze! Quod felix...".

Trudności wydawnicze piętrzą się coraz bardziej, zawrotny taniec naszej waluty nie pozwala na ustalenie opłaty za pismo a równocześnie z nim idą nieprawdopodobne skoki w cenie papieru, składu i druku.

(C. d. n.).

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Z. BOHDANOWICZÓWNA, Warszawa.
bakterjolog Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy.

Organizacja kontroli mleka w Brukseli, Strasburgu i Wiedniu.

Zwiedzając instytucje o roli sanitarno- higjenicznej Belgji, Francji i Austrji, miałam możność zapoznania się w ogólnych zarysach ze sposobami przeprowadzania kontroli mleka w Brukseli, Strasburgu i Wiedniu. Zestawienie tych 3-ch miast jest ciekawe, chociażby z tego względu, że sama organizacja kontroli jest w każdem z nich odmienna.

W Brukseli kontrola znajduje się całkowicie w ręku Laboratorjum Miejskiego (Laboratoire Intercommunal), które obsługuje 11 komun wchodzących w skład aglomeracji Brukselskiej i ma prawo działania tylko na ich terenie. O ile zachodzi potrzeba przeprowadzenia kontroli poza ich obrębem, co w praktyce często ma miejsce, laboratorjum musi wejść każdorazowo w porozumienie z miejscowemi władzami komunalnemi. W Strasburgu Miejskie Laboratorjum Chemiczne, które dokonywa kontroli mleka, mieści się w Uniwersyteckim zakładzie chemji. Laboratorjum jest upoważnione przez rząd do działania poza obrębem miasta. Funkcjonarjusze jego przeprowadzają kontrolę na kolejach żelaznych, na prowincji we wszystkich okolicach, z których dostarczane jest mleko. Wiedeń wogóle nie posiada laboratorjum miejskiego. Próby mleka do badania pobierane są przez policję rynkową. Badania dokonywa uniwersytecki zakład higjeny.

Żadne z tych miast nie posiada własnych obór, zakładów pasteryzacyjnych. Produkcja, przeróbka i sprzedaż mleka znajduje się tam całkowicie w rękach przedsiębiorców prywatnych. Ostatnio w Brukseli z przyczyn przeważnie natury ekonomicznej, skasowana została nawet „Kropla mleka".

W Brukseli jak już nadmieniłam, akcjaześrodkowuje się całkowicie w Miejskiem Laboratorjum Badania Produktów Spożywczych, które poświęca na to olbrzymią większość swojej pracy. Tak w roku 1926 na 42.948 operacyj dokonanych przez zakład 33.964, t. j. 79% przypada na badanie mleka.

Jeżeli wniknąć w istotę organizacji kontroli mleka w Brukseli, to widać, że opiera się ona na dwóch zasadniczych tezach. Pierwszą z nich jest zasada, iż sprawdzanie jakości mleka u sprzedawcy jest tylko jednym z etapów całej akcji, właściwie zaś kontrola musi obejmować wszystkie fazy produkcji i sprzedaży mleka. Drogą planowo i konsekwentnie prowadzonych badań laboratorjum zapoznaje się nie tylko ze stanem mleka na rynkach, ale przeprowadza badania w zakładach mleczarskich w mieście i nawet na prowincji, zyskując w ten sposób możność do walki ze złem u samego źródła. Drugą wytyczną, którą kieruje się laboratorjum w swej działalności, jest przekonanie, iż kontrola musi opierać się na szeroko prowadzonej propagandzie. Znajomość ze sprzedawcą mleka nie powinna się zaczynać od protokułu i konfiskaty towaru. Nabywcy i sprzedawcy powinni wiedzieć dokładnie, czego mają żądać i jakie wymagania zadawalać. W celu tym Laboratorjum wydaje cały szereg odezw do ludności, władz komunalnych i mleczarzy, w których poucza, jakie zaburzenia w ustroju może wywołać fałszowane lub zanieczyszczone mleko i jakie przepisy sanitarno-higjeniczne należy stosować w produkcji i sprzedaży mleka. W wydawnictwach tych stale się podkreśla wzgląd, iż mleko, jako pokarm przedewszystkiem dzieci i chorych, musi odpowiadać szczególnie wysokim wymaganiom i wszelkie wykroczenia w tym względzie, zachodzące bądź ze złej woli bądź z niedbalstwa, muszą być specjalnie surowo karane. Pod naciskiem Laboratorjum władze komunalne wydają szereg przepisów, mających na celu podniesienie sanitarnej strony handlu mlekiem. Ostatnio np. ogłoszono zakaz wywozu z miasta na wózkach mleczarskich obierzyn z kartofli i innych odpadków.

Kontrola mleka rynkowego dokonywana bywa częściowo wprost na mieście, tylko niektóre próby w razie potrzeby dostarcza się do bardziej szczegółowego badania do pracowni.

Badanie mleka na mieście odbywa się w komisarjatach policji. Przeprowadzanie kontroli wprost u sprzedawców byłoby utrudnione ze względu na to, iż w ogromnej większości mleko w Brukseli dostarczane jest wprost z zakładów mleczarskich do domów. W dzień naznaczony na kontrolę, funkcjonarjusze policji skierowywują wszystkich napotkanych mleczarzy do komisarjatu.

Kontrola polega na oględzinach naczyń, które według przepisu powinny być szczelnie zamknięte i mieć na widocznem miejscu wypisaną cenę, oraz oznaczenie gatunku (mleko pełne, zbierane). Dalej następuje określenie zawartości tłuszczu laktodensymetrem (minimum wymagane 2.8), oraz próba filtracji. Osad, który pozostaje na sączku z gazy po przefiltrowaniu 500 cm mleka jest wskaźnikiem stopni jego zanieczyszczenia. Próby filtracji, dokonane w ciągu 1926 r. wykazały w 60% przypadków mleko czyste, 19% średnio zanieczyszczone, oraz 20% brudne. Dane badania wraz z pomieszczonemi w kopercie z miki sączkami wnosi się następnie w pracowni do specjalnej kartoteki. W ten sposób pracownia w każdej chwili rozporządza wszystkiemi danemi, tyczącemi się poszczególnych sprzedawców. Z przeglądu kartoteki przekonywamy się, iż u każdego ze sprzedawców mleko bywa badane przeciętnie 3 razy do roku. W razie gdy badanie daje wyniki zadawalające, sprzedawca otrzymuje odpowiednie zaświadczenie. O ile próba filtracji wykazuje znaczniejszą ilość zanieczyszczeń, sprzedawca musi mleko przefiltrować na miejscu przez nowy, specjalnie na ten cel kupiony, gruby ręcznik. W razie zbyt wielkiej ilości zanieczyszczeń, lub przy wybitnie niezadawalających wynikach badania na zawartość tłuszczu, mleko ulega konfiskacie. O ile nadaje się ono do użytku, to bywa z odpowiedniem zastrzeżeniem odsyłane do zakładów dobroczynnych, w przeciwnym razie zostaje zniszczone. W ciągu roku 1926 zniszczono 125 litrów, odesłano do zakładów 220 litr.; kontrolerzy posiadają prawo konfiskaty towaru, nigdy jednak z prawa tego nie korzystają, niechcąc wkraczać w krąg działań policji. Kary za zafałszowanie powiększone zostały ostatnio 10-krotnie i dochodzą do 10 tysięcy franków. Próby podejrzane z jakiegokolwiekbądź powodu, zabierane są w celu dokładniejszego badania do pracowni. Pojedyńcze próby, zwykle z pośród mleka sprzedawanego przez samych gospodarzy, t. j. takiego, które nie podlegało wielokrotnemu przelewaniu, pobierane są do pełnego bakterjologicznego badania. W drodze powrotnej z komisarjatu do pracowni kontrolerzy pobierają próbki mleka w ilości 40 cm od wszystkich napotykanych przekupniów, którzy nie mają odpowiedniego zaświadczenia. W ciągu roku 1926 4 kontrolerów dokonało w ten sposób 16.784 badań. W pracowni w próbach 40 cm zostaje określona zawartość tłuszczu, oraz badany osad, barwiony na obecność ciałek ropnych i paciorkowców. Zdaniem kierownika pracowni Dra Kufferatha to ostatnie badanie daje najpewniejsze podstawy dla wyeliminowania z rynku mleka, pochodzącego od zwierząt chorych. Badanie pełne dokonywane w pracowni bakterjologicznej obejmuje ponadto obliczenie ilości kolonji, badanie na obecność las. okrężnicy, określenie katalazy i własności redukujących mleka. O ile badanie osadu wykazuje obecność ciałek ropnych lub też paciorkowców ropotwórczych, specjalnie na ten cel przeznaczonych, kontroler udaje się do obory i osobiście pobiera stamtąd próbę mleka. Ze względu, iż u przekupniów na rynku po większej części znajduje się mleko mieszane z kilku obór, podobne próby pobiera się w każdej z nich oddzielnie. Następny etap badania ma na celu wykrycie podejrzanej obory, po stwierdzeniu czego ostatnią próbę pobiera się już od każdej krowy oddzielnie z każdego z 4-ch sutków (épreuve de quatre trayons). Tą drogą pracownia mogła wielokrotnie odnaleźć i wyeliminować chore zwierzę, rozpoczynając badanie od prób mleka mieszanego, pochodzącego często od kilkudziesięciu sztuk bydła. Należy przypuścić, iż za wskaźnik zmian chorobowych służyła tu raczej tylko obecność leukocytów, gdyż sprawę zapalną mógł wywołać szereg innych drobnoustrojów poza paciorkowcami, a zresztą odróżnienia paciorkowców ropotwórczych od innych

gatunków znajdujących się w mleku, zdaniem wielu bakterjologów, nie daje się przeprowadzić drogą badania mikroskopowego. O ile zakażona obora znajduje się poza obrębem aglomeracji komun brukselskich, laboratorjum zawiadamia o tem burmistrza miejscowej komuny, który odtąd obowiązany jest do czuwania, by zakażone mleko nie przedostało się na rynek. W odezwie takiej pracownia daje w ogólnych zarysach instrukcje, jak należy postępować w danym przypadku (pomoc weterynaryjna, izolacja), oraz zaofiarowuje swą pomoc przy pobieraniu prób i wykonywaniu badań mleka. Ludność naogół chętnie korzysta z usług pracowni, która ze wszystkich sił stara się zacieśnić ten kontakt, rozszerzając w ten sposób teren dla swojej propagandy. W r. 1926 dokonano naogół 115 inspekcji obór przyczem zbadano 771 sztuk bydła. Co się tyczy częstości zachorowań to badania pracowni wykazały obecność ciałek ropnych w 2.7% prób mleka rynkowego i obecność paciorkowców ropotwórczych w 1.8%. Kontroli Laboratorjum Miejskiego podlega i mleko dostarczane do szpitali, domów wychowawczych i zakładów dobroczynnych. Badania codzienne w zakresie takim, jaki dokonywany jest przez kontrolerów laboratoryjnych na rynku, przeprowadza personel miejscowy, odpowiednio wyszkolony przez personel laboratoryjny. Wyniki badań pomieszczane codziennie w specjalnej księdze, sprawdza co tydzień funkcjonarjusz laboratorjum miejskiego. Domy wychowawcze i dziecinne zakłady lecznicze zaopatrywane są w mleko przez większe firmy mleczarskie Brukseli. Mleko to bywa dostarczane przeważnie już „sterylizowane“ (102°) w przeciwnym razie wyjaławia się w miejscu w aparacie Soxlet'a.

Sterylizacja mleka zdaje się być rozpatrywana w Brukseli przeważnie pod kątem widzenia jego jałowości. Sprawa zmian chemicznych, następujących po nagrzewaniu (utrata witamin), jak dotąd nie weszła jeszcze w krąg zainteresowań pracowni. Narówni z mlekiem pasteryzowanem rozpowszechnione jest bardzo i mleko nagrzewane do 102°—105° — „sterylizowane“. Ten sposób wyjaławiania stosują np. większe zakłady mleczarskie Brukseli „Laiteris reunies Pax“, instytucja wzorowo pod względem higjenicznym prowadzona, która pracuje stale w ścisłym kontakcie z pracownią miejską.

Mleko wyjaławia się tam przy 102°, a latem gdy istnieje większa możliwość zakażenia przez gatunki zarodnikowe, ciepłotę nagrzewania doprowadza się nawet do 105°. Jeśli chodzi o stronę zewnętrzną, wyniki otrzymywane tam należy uważać za doskonałe. Mleko utrzymuje swój kolor naturalny i jest pozbawione charakterystycznego smaku i zapachu, jakie miewa przeważnie mleko pasteryzowane. Wyniki te według informacji, udzielonej przez kierownika zakładów, zależą od szybkości, z jaką doprowadzane jest mleko do najwyższej temperatury. Według przepisu zakłady obowiązane są oznaczać na butelce czy mleko sterylizowane czy też pasteryzowane. Kontrola, przeprowadzana przez Brukselskie Laboratorjum, nie obejmuje badań na obecność prątków gruźliczych w mleku. Wynika to z osobistego doświadczenia kierownika, który uważa, że liczba bydła zakażonego w rzeczywistości nie jest tak wysoka, jak to bywa ogólnie uważane na zasadzie wyników próby tuberkulinowej, wobec braku zaś odpowiedniej metodyki znikome wyniki nie okupują zupełnie pracy i znacznych kosztów, jakich wymagają badania.

Jeśli zechcemy przystąpić do oceny wyników, otrzymanych przez całokształt działalności laboratorjum, to przekonamy się, iż przedewszystkiem wyrażą się one w znacznem zmniejszeniu się ilości mleka zafałszowaiego na rynku. W r. 1926 stwierdzono zafałszowanie zaledwie w 1.7% prób (w Warszawie w tymże roku 12.4%). Zadawalająco również się przedstawia stan mleka, dostarczanego do zakładów leczniczych i wychowawczych, t. j. pochodzącego przeważnie z dużych firm mleczarskich. Gorzej przedstawia się sprawa na rynku, zaopatrywanym przeważnie przez drobnych posiadaczy wiejskich. Należy zaznaczyć, iż wieś belgijska, pomimo wysokiego poziomu kultury, jest bardzo konserwatywna i jako taka przedstawia nader niewdzięczny teren dla wszelkiej propagandy. Pewne pogorszenie wyników badań, jakie daje się stwierdzić w r. 1926, należy odnieść, według opinji, wyrażonej w sprawozdaniu pracowni, na rachunek pewnego antagonizmu, jaki wytworzył się między wsią i miastem na tle nowowprowadzonych podatków i ograniczeń handlu. Za czynnik, ułatwiający w znacznej mierze celowe przeprowadzenie kontroli, należy uznać bezsprzecznie doskonałe wyszkolenie personelu pomocniczego. W próbach, dostarczonych przez 4 kontrolerów, jakimi rozporządza pracownia, stwierdzono falsyfikację w 44.5% przypadków. Celowy wybór prób, kierowanych do badania, w znacznym stopniu odciąża pracownię i podtrzymuje autorytet władz kontrolujących w opinji sprzedawców.

Jeśli przy tak planowo prowadzonej akcji i wysokim poziomie kultury, wyniki nie zawsze wypadają zupełnie zadawalająco, to łatwością przedstawić sobie można, jaka musi być sytuacja na naszych rynkach, gdzie organizacja kontroli znajduje się zaledwie w zaczątkach. Najlepszym dowodem tego są badania, przeprowadzone ostatnio przez Miejski Instytut Higjeniczny w Warszawie, które wykazują b. daleko sięgające zamiary szerzenia bakteryjnego mleka rynkowego warszawskiego.

Kontrola mleka w Strasburgu sprowadza się, podobnie jak w Brukseli, do badania mleka wprost na rynku, inspekcji obór i sklepów, pobierania i następnie badania prób w pracowni. Dla celów tych Laboratorjum zatrudnia 4-ch kontrolerów.

Badanie na rynku sprowadza się do oględzin pomieszczeń i naczyń oraz określenia ilości tłuszczu za pomocą laktodensymetru. W ciągu 1926 r. zbadano w ten sposób 44.604 naczyń z mlekiem. Próby dostarczane do badania do pracowni bywają 2 kategorji. Do pierwszej należą t. zw. próby nieoficjalne, pobierane w ilości 200 cm. O ile badanie tych prób wykazuje zafałszowanie lub też zanieczyszczenie, pobiera się wówczas próby drugiej kateg. t. zw. oficjalne w 4-ch zapieczętowanych butelkach z dodatkiem formaliny. O ile powtórne badanie w pracowni potwierdza pierwotne podejrzenie, pozostałe 3 butelki odsyła się z odnośnym protokułem do władz sądowych. W ciągu roku 1926 dokonano 1.494 badania prób nieoficjalnych i 202 oficjalnych. Według praw obowiązujących próby oficjalne pobierane być mogą tylko wtedy, gdy istnieją dostateczne dane do podejrzeń. Za dobrem wyszkoleniem personelu przemawia fakt, że 51% prób oficjalnych, pobranych w ciągu roku 1926, udało się rzeczywiście stwierdzić zafałszowanie. Pobieranie prób nieoficjalyych jest ograniczone również przez pewne przepisy, według których nie powinno ono narażać sprzedawcy na niepotrzebne straty, oraz badanie winno być dokonywane dyskretnie, by nie wzbudzać w otoczeniu nieuzasadnionych podejrzeń. Personel laboratoryjny niema prawa konfiskaty towaru. Kary za falsyfikację sięgają do 1200 franków, lub też pozbawienia wolności na przeciąg do 6 tygodni.

Próby, dostarczane do pracowni, podlegają szczegółowemu badaniu chemicznemu (określenie ilości tłuszczu, cukru, popiołu, badania refraktometryczne i kryoskopja). Badań ściśle bakterjologicznych pracownia nie wykonywa. Obecność zanieczyszczeń w mleku stwierdza się za pomocą próby filtracji, dokonanej systemem podobnym jak w Brukseli. Porównanie z tablicą taste'ow daje możność określenia stopnia zanieczyszczenia. Największy odsetek zanieczyszczeń (5%) wykazało mleko pochodzące ze wsi, oraz od właścicieli małych mleczarni w mieście. Badań na obecność prątka gruźliczego w mleku, pracownia nie dokonywa. Według zdania Dra Martera, kierownika pracowni rozprzestrzenianie gruźlicy wśród bydła jest tak wielkie, że każde mleko, znajdujące się na rynku należy praktycznie uważać za zakażone, to też za więcej celowe środki zaradcze w tym względzie należy uważać ulepszenie metod sterylizacji, oraz eliminowanie bydła chorego z obór.

Naogół przyznać należy, iż Strasburg korzysta z mleka dobrego. Średnia zawartość tłuszczu dochodzi tam do 3.49. Minimum wymagane jest 3.2. Mleko, nie zawierające wymaganej ilości tłuszczu, można sprzedawać na rynku, ale z odnośnem omówieniem, w przeciwnym wypadku sprzedawca jest karany drogą administracyjną (5—15 fr). Jeśli przystąpimy do oceny wyników działalności pracowni, to musimy je uznać za dodatnie. Liczba zafałszowań (4%) zmniejszyła się dwukrotnie w porównaniu z latami ubiegłemi. Zawartość zanieczyszczeń, jak widzieliśmy wyżej, jest również stosunkowo niewielka. Środkiem niewinnym, ale zdaniem kierownika doskonale wpływającym na podniesienie jakości mleka, okazało się ogłaszanie wyników badań mleka poszczególnych producentów. Przeciętne trzykrotnego badania mleka 8 największych zakładów mleczarskich Strasburga są pomieszczone, oczywiście za zgodą właścicieli, w miejscowych pismach. Drobne nawet wahania wyników wpływają ogromnie na frekwencję kupujących, zmuszając tem właścicieli zakładów do nieustannej pieczy nad utrzymaniem mleka na pożądanym poziomie. Wpływ dodatni na jakość mleka znajdującego się na rynku strasburskim wywarła również działalność towarzystw mleczarskich, trudniących się skupowaniem mleka u drobnych sprzedawców na wsi. Przewożąc mleko przeważnie samochodem, instytucje te mają możność zaopatrywać miasto w produkt świeższy. Mleko takie przedstawia się lepiej i pod względem składu chemicznego, gdyż zostaje zabierane zwykle bezpośrednio zaraz po udoju, co uniemożliwia częściowe odtłuszczanie, tak często praktykowane przez drobnych właścicieli ziemskich.

Wogóle Miejski Wydział Higjeny stara się ograniczyć zaopatrywanie miasta w mleko przez drobnych producentów. Według ostatnich przepisów prawo sprzedaży mleka świeżego na rynku posiadają tylko zakłady, produkujące nie mniej niż 100 litrów na dobę. Mleko dostarczane do zakładów leczniczych i domów wychowawczych w zasadzie nie podlega żadnej specjalnej kontroli,

w praktyce jednak, ze względu, iż instytucje te znajdują się przeważnie na tym samym terenie co Laboratorjum Miejskie (Hôpital Civil), korzystają one z jego usług pod tym względem. Terenem, gdzie koncentrują się w Strasburgu prace teoretyczne nad higjeną mleka, są Centralne Zakłady mleczarskie — instytucja prywatna, w której w znacznej mierze zaangażowane są kapitały miejskie. Dział badań naukowych prowadzi tam Dr. Henryk Stassano, członek Instytutu Pasteur'a z Paryża.

Stassano jest autorem nowej metody wyjaławiania mleka, dosyć już rozpowszechnionej na zachodzie, pod nazwą stassanizacji. Metoda ta oparta jest na 2 spostrzeżeniach: 1) na zmianę składu mleka wyjaławianego wpływa nie tyle wysokość ciepłoty, co czas trwania nagrzewania. 2) płyn, zawierający bakterje najprędzej wyjaławia się, o ile przechodzi jako bardzo wąska warstwa między dwoma rozgrzanemi powierzchniami. Bakterje, jako cząsteczki najcięższe wskutek adhezji przylegają do ścianek, a znajdując się tym sposobem najbliżej źródła ciepła najprędzej ulegają zniszczeniu. Aparat Stassani'ego składa się z szeregu podwójnych koncentrycznie umieszczonych jedna w drugiej rurek, pomiędzy któremi w szczelinie przepływa mleko. Rurki pomieszczone są w naczyniu z wodą nagrzewaną do 75°. Temperatura powyższa ustalona została według opinji Calmett'a, który uważa ją za minimum potrzebne do zabicia prątka gruźliczego. Wyższość tego systemu, zdaniem autora, poza czynnikami natury ekonomicznej, wynikającemi z nader oszczędnego sposobu nagrzewania aparatu, polega na tem, że mleko zachowuje swój naturalny wygląd i smak, nie zmniejsza się w objętości, nie traci kwasu węglowego, a przez to utrzymuje w stanie rozpuszczalnym sole wapniowe. Posiewy, dokonane równolegle z mleka pasteuryzowanego i stasanizowanego, wykazały znacznie mniejszą ilość kolonji w tem ostatniem. Oprócz metod sterylizacji, Stassani opracowuje sposób określenia świeżości mleka na zasadzie obliczenia wzajemnego stosunku zawartych w nim kwasów aminowych i mlecznego. W miarę rozkładu mleka pod wpływem zaczynów bakterji ilość kwasu mlecznego wzrasta, wraz z równoległem zmniejszeniem się kwasów aminowych.

Metoda ta zdaniem autora jest prędsza i daje dokładniejsze dane niż zwykle stosowane liczenie ilości bakterji, przy którem po większej części nie wiemy, z jakiego rodzaju bakterjami mamy do czynienia i jaki wpływ wywarły one na skład mleka.

Instytut Higjeniczny, pod którego kontrolą znajduje się mleko w Wiedniu bada próby pobierane na rynku tylko pod względem składu chemicznego. Bardzo ścisłej kontroli bakterjologicznej jest poddawane tylko t. zw. „mleko dziecinne". Prawo na sprzedaż „mleka dziecinnego" otrzymują tylko zakłady mleczarskie, w których krowy poddano próbie tuberkulinowej. Ilość kolonji w mleku tem, według przepisów nie powinna przewyższać 20.000. Mleko to, pozostaje pod nieustanną kontrolą Instytutu. Schemat badań, oprócz, określenia ilości kolonji, zawiera jeszcze próbę Trommer'a na leukocyty, określenie ilości tłuszczu, popiołu, stopnia kwasowości, określenie własności redukujących, katalazy i punktu zamarzania.

Zawartość tłuszczu w „mleku dziecinnem" waha się koło 4. Wysoka jakość jego pozwala na oddawanie go do użytku dzieci w stanie surowym. Liczne Zakłady pasteryzacyjne, istniejące w Wiedniu, nie podlegają stałej kontroli. Instytucja kontroli „mleka dziecinnego" może być słusznie uważane za chlubę Wiednia, jednakże ogólna kontrola mleka zdaje się być przeprowadzana konsekwentniej w Brukseli i Strasburgu.

OCENY.

Clinique médicale des enfants, affections de l'appareil urinaire przez P. Nobécourt'a, profesora kliniki dziecięcej na Wydziale Lekarskim w Paryżu, ordynatora szpitala „Des Enfants malades", członka Akademji Lekarskiej. Jeden tom, stron 348. Paryż. 1927. Masson et Cie. Cena 40 fr.

Dzieło to stanowi dalszy ciąg trzech uprzednio przez tę samą księgarnię wydanych tomów tegoż autora poświęconych: chorobom dróg oddechowych, chorobom układu krążenia, zaburzeniom przemiany materji i wzrostu u dzieci. Książka wydana, podobnie jak poprzednie, starannie, ozdobiona 57 rysunkami w tekście, stanowi zbiór bardzo interesujących wykładów klinicznych z zakresu chorób narządu moczowego u dzieci, t. j. przedewszystkiem nerek i pęcherza. Podobnie, jak w poprzednich monografjach klinicznych, autor przedstawia w szczegółowych protokołach chorobowych szereg przypadków klinicznych, dzieląc się wynikami szczegółowej obserwacji i badania fizycznego i laboratoryjnego, oraz zdążając w każdym opisie do ustalenia właściwego rozpoznania na podstawie analizy faktów, dostarczonych tak przez klinikę, jak i przez pracownię chemiczno - lekarską. Autor stara się w każdym przypadku opisywać wyniki badania czynnościowego nerek, stosunki wydzielania wody, chlorków, mocznika, warunki ciśnienia krwi zmiany w wymiarach i w tonach serca.

Autor poświęca poszczególne lekcje zapaleniu nerek z obrzękami, krwiomoczowi u dzieci, ostremu zapaleniu nerek z azotemją i przewlekłemu zapaleniu nerek. Dalej omawia wpływ zakażeń gardlanych na następowe procesy zapalne nerek u dzieci, opisuje zapalenie nerek w przebiegu plamicy krwotocznej u dzieci, skrobiawicę nerkową, guzy nerkowe, białkomocz ortostatyczny, kamicę pęcherzową, procesy zapalne miedniczek nerkowych i t. p.

Książka ma cechy poprawnego, sumiennego podręcznika lekarskiego, którego cele pedagogiczne są zgodne i wartościowe pod względem zarówno naukowym, jak i utylitarnym. Książka poucza w łatwy i przystępny sposób o metodach badania, oraz o wzorach leczenia, właściwych szkole pedjatrycznej francuskiej. Książka nosi przez to charakter indywidualny, właściwy nauce lekarskiej francuskiej i przedstawia bardzo pożyteczną lekturę dla każdego lekarza i studenta medycyny.

Le syndrome malin dans les maladies de l'enfance przez V. Hutinel'a, honorowego profesora Kliniki dziecięcej, członka Akademji lekarskiej. Jeden tom, 310 stron. Paryż. 1927. Masson et Cie. Cena 32 fr.

Senjor pedjatrji francuskiej daje w monografji tej szereg studjów, dotyczących kliniki i patologji ogólnej dziecka. Podobnie, jak poprzednie dwie książki: „O dystrofjach dziecięcych" z r. 1924 i „O terenie kiły wrodzonej" z r. 1925, ostatnie dzieło Hutinel'a: „O zespole złośliwym w chorobach dziecięcych" jest zbiorem wykładów klinicznych, których obecne wydanie, nie tracąc nic na naukowej aktualności, zaspokoiło szerokie życzenia licznych, domagających się oddawna od swego mistrza zbiorowego wydania ważniejszych studjów z kliniki dziecięcej.

Autor daje definicję łatyńskiego pojęcia: malignité, malignitas choroby. Groza tego pojęcia nie leży w ciężkości (graviditas) danej choroby, ile raczej w jej nieoderzeczności (pravitas) t. j. w zjawieniu się raptownem i nieprzewidzianem objawów złowróżbnych, prowadzących nie z siłą lwa, ale z podstępem węża do śmierci.

Poraz pierwszy w r. 1889 obserwował autor zespół ten w przebiegu duru brzusznego u dzieci. Później spotykał go w klinice odry, błonicy, płonicy, w przebiegu zakażeń kiszkowych i t. p. Zespół ten okazywał się niejednokrotnie pod postacią małych epidemji katastrofalnych dla życia dzieci, umieszczonych w szpitalu. Charakterystyczną treść tego zespołu stanowią najpierw różne niewinne napozór wysypki rumieniowe na skórze, wymioty, zaburzenia układu nerwowo - współczulnego, potem występuje znaczna astenja z zaburzeniami krążenia, naśladującemi obraz zapalenia sercowego (myocarditis), hipotonja, objawy niedomogi wątrobowej, skąpość moczenia, obniżenie i nagłe podwyższenie ciepłoty, wahania wagi, zaburzenia funkcji gruczołów wydzielania wewnętrznego, specjalnie gruczołu nadnercza, afty, strupy na skórze i t. p. objawy braku odporności na zakażenia wtórne i wreszcie zazwyczaj po krótkiej walce ustroju następuje śmierć. Przypadki wyleczenia są w każdym razie rzadkie.

W rozdziale pierwszym omawia autor obraz kliniczny zespołu złośliwego w przebiegu duru brzusznego i chorób ogólnych, w rozdziale drugim opisuje objawy tego samego zespołu w przebiegu zakażeń narządów, więc oskrzeli i kiszek, w przypadkach upośledzonej tolerancji mleka u osesków, w zaburzeniach na tle anafilaksji, w posocznicach na tle schorzeń skórnych (omawia sprawę wyprysków śmiertelnych u osesków). Specjalny rozdział (trzeci) poświęca autor opisowi zespołu złośliwego w przebiegu płonicy, w szczególności objawom niedomogi sercowej na tle zmian organicznych w nadnerczach i wyciąga konkretne wnioski lecznicze przez wskazane stosowanie adrenaliny w stanach astenji i obniżonego ciśnienia krwi.

W następnym rozdziale, omawiającym skutki objawów zespołu złośliwego, w szczególności zaburzenia równowagi wodnej ustroju w stanach adynamji czynnościowej serca (myocardia Laubriego), dzieli się autor cennemi spostrzeżeniami nad zatrzymaniem wody i soli w ustroju w czasie nasilenia zespołu złośliwego i nad następowem zwiększonem wydzielaniem moczu i składników nieorganicznych w czasie rekonwalescencji, której początek wiąże się dlatego ze znacznym nieraz spadkiem wagi ciała.

Piąty rozdział zawiera syntezę obserwacji klinicznych, tyczących się zespołu złośliwego: Syndrom ten świadczy nietylko o głębokiej zmianie jaka zachodzi w czynności krążeniowej i nerwowej, ale także nadewszystko o poważnych, jakkolwiek mało znanych, zaburzeniach koloidalnych tkanek i płynów tkankowych. Zaburzenia te u dzieci, nawet już większych, prowadzą w skutku

do takich uszkodzeń, do jakich zwykła prowadzić u dzieci małych atrepsja.

W wielu przypadkach zespół złośliwy jest wyrazem odczynu anafilaktycznego, a więc procesu uczulenia ustroju na białko takich lub owakich drobnoustrojów. Zmiany zachodzące w narządach wewnętrznych i w gruczołach wydzielania wewnętrznego nie tracą mimo to swego ważnego znaczenia i jakkolwiek nie wystarczają do należytego wyświetlania objawów zespołu, to jednak niewątpliwie składają się w poważnej części na grozę zespołu złośliwego.

Doświadczenie dwuletnie autora uczy go, że częstość zespołu złośliwego zależy w wielkiej mierze od warunków profilaktycznych panujących w szpitalu dziecięcym. Im większe jest przepełnienie w szpitalu i im gorsze warunki izolacji i aseptyki, tem częściej obserwuje się występowanie zakażeń mieszanych i powikłań w rodzaju opisanego zespołu złośliwego, którego zjawienie się prowadzi do zwiększonej śmiertelności wśród chorych dzieci.

Autor w zakończeniu swojej książki dzieli się z czytelnikiem wyczerpującem sprawozdaniem o sposobach racjonalnej profilaksji i higjeny, jakie przez 40 lat stopniowo wprowadził w życie na oddziale Szpitala des Enfants-Assistés w Paryżu. Środki zapobiegawcze i umiejętna izolacja chorych za pomocą wprowadzonego systemu boksów, oraz dezynfekcja personelu pielęgniarskiego i sprzętów szpitalnych, przyczyniła się do znacznego obniżenia dawniej wysokiego procentu śmiertelności wśród dzieci szpitalnych.

Książka prof. Hutinel'a jest znakomitym pomnikiem świetnej, bystrej obserwacji klinicznej i doskonałej, głęboko przemyślanej interpretacji tych spostrzeżeń w sposób harmonizujący ze zdobyczami współczesnemi nauki. Z tego punktu widzenia książka stanowi niepospolitą rzadką wartość dla każdego lekarza. Uczy ona, jak należy obserwować zjawiska kliniczne, i uczy, jak drobne nawet spostrzeżenie kliniczne stać się może w rękach szukającego prawdy lekarza wdzięcznym tematem do głębokiego myślenia i do owocnego wyciągania praktycznych wniosków.

Włodzimierz Mikułowski.

M. L. Kindberg: *La collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire.* (Paris, Masson, 1927 r. — 15 fr.).

Autor w krótkiej monografji rozpatruje krytycznie różne metody collapsotherapji gruźlicy płuc; główne miejsce poświęca sztucznej odmie piersiowej, omawiając w szeregu rozdziałów wskazania, przeciwskazania, technikę, instrumentację, komplikacje.

Ze wstępu historycznego dowiadujemy się, że — jak często i w innych działach nauki — myśl genjalną leczenia gruźlicy płuc zapomoca ucisku (kollapsoterapją) przypisać należy lekarzowi francuskiemu Bourru (1770 r.), który jasno ją wypowiedział, lecz nigdy jej nie zrealizował; myśl ta nie zwróciła nawet uwagi współczesnych i dopiero przed rokiem przypadkowo ją odkryto.

W rozdziale o wskazaniach i przeciwskazaniach autor sądzi, że nie da się ściśle ustalić ogólnie ważnych norm do wskazań. Konieczne jest indywidualizowanie. Każde ciężkie schorzenie gruźlicze płuc naciekowe lub wrzodziejące, z kawernami nadaje się do założenia odmy, żąda jednak autor zupełnie pewnej klinicznie jednostronności. Wyłącza z leczenia odmą przypadki gruźlicy poronne, dobrotliwe, jak również postacie włókniste. Co do przeciwwskazań to dwustronność jest według autora głównem przeciwwskazaniem. Zajęcie krtani, naciek jak również postacie wrzodziejące gruźlicy krtani nie są przeszkodą do założenia odmy. Jedynie ciężkie zwężenia krtani lub (destrukcje) zniszczenie chrząstek stanowią wyraźne przeciwwskazanie. Przy lekkiej postaci nieżytu kiszek może niekiedy nastąpić poprawa, lecz czasem następuje wyraźne pogorszenie nawet przy lekkiej postaci enteritis.

Co się tyczy innych schorzeń płuc, to rozedma płuc, jak również astma mogą stanowić tylko wyjątkowo przeciwwskazanie w razie niezwykłego ich natężenia. Ze schorzeń serca jedynie zapalenie mięśnia sercowego ostre lub chroniczne stanowi przeciwwskazanie, natomiast przy wadach zastawkowych serca można odmę zakładć.

Autor używa aparatu i igieł Küss'a, znieczulając przy pierwszych dwu dopełnieniach zapomocą novocaini-adrenaliny. Autor poleca azot, który się mniej szybko resorbuje, niż powietrze. Zwykle do pierwszej odmy używa od 300 — 800 cm³ azotu. Pierwsze dopełnienie robi po 1-ym dniu przerwy, następne po 3 dniach, później zwiększając przerwy.

Co się tyczy komplikacji to wysięki opłucnowe są najczęstsze; Podając ich klasyfikację autor podnosi, że w rzeczywistości trudno jest podać prawdziwą ich cyfrę: nieznaczne zdarzają się do 80%. Jeżeli jednak liczyć tylko takie, które zajmują przy prześwietlaniu szerokość połowy klatki piersiowej (150 — 200 cm³), to autor otrzymywał je w 52% przypadków. Najczęstszą przyczyną śmierci w przypadkach autora było wystąpienie gruźlicy po stronie dotychczas zdrowej, przyczem w okresie wczesnym występuje ono w postaci ostrej, rozsianej, wobec której jesteśmy bezsilni; prognoza daleko jest lepsza w okresie późniejszym. Następnie autor krótko wspomina o innych komplikacjach, jak trawienne, hypotonja, przepuklina śródpiersiowa i inne. Czas trwania leczenia odmą stanowić winien według autora nie mniej niż 3 lata. Autor ma w obserwacji przypadki z założoną odmą od 6 i 7½ lat.

Zakładania odmy dwustronnej autor nie zaleca; wyjątkowo może być stosowana według niego jako ultimum refugium.

Specjalny rozdział poświęca autor *oleothorax'owi*. W przeciwieństwie do Bernon, Bezançon, Küss'a autor zajmuje krytyczne stanowisko, mówiąc, że o metodzie tej jako stosunkowo nowej nie można wypowiedzieć zdania definitywnego.. Sceptycznie autor odnosi się także do przecinania zrostów thoracokaustyki według Jacoboeusa, gdyż — według niego — niebezpieczeństwa tej metody nie pozostają w odpowiednim stosunku do wyników, otrzymywanych tą metodą.

Zakres działania phrenicotomji jako operacji zastępczej zamiast odmy jest ograniczony. Wskazaniem do jej stosowania będą zmiany w dolnym płacie, zwłaszcza nadprzeponowe, jak również rozszerzenia oskrzeli i zgorzel chroniczna w zakresie dolnego płatu. Może ona następnie oddać wielkie usługi jako operacja dopełniająca w pewnych przypadkach założonej sztucznej odmy piersiowej — w których według autora winna ona być stale w końcu leczenia odmą zastosowana.

Następnie autor rozważając rezultaty otrzymane zapomocą torakoplastyki pozaopłucnowej uważa, że postępy w jej technice budzą nadzieję zwiększenia zakresu wskazań do jej stosowania na niekorzyść odmy.

Dr. Kazimierz Tyszka (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie, tom VII, zeszyt 1 za styczeń, luty i marzec 1928: A. Wileńczyk: O polimorfizmie i pleomorfizmie grzybków chorobotwórczych włosów. — J. Fischman: O znaczeniu stopniowania ciepłoty kąpieli wodnej. — W. Matecki: Z psychopatologji zatrucia tlenkiem węgla. — A. Krakowski: Leczenie pląsawicy dożylnemi wstrzykiwaniami adrenaliny. — F. Szejnberg: O nieszkodliwości salpingografji i wskazaniach do tej metody badania. — J. Gombiński: O szkliwiakach górnej szczęki (Adamantinoma).

Higjena życia codziennego, rok III, nr. 4, z 15 kwietnia 1928: Rozmaite pouczenia i wskazówki praktyczne z dziedziny higjeny życia codzennego.

Medycyna, rok II, nr. 17, z 28 kwietnia 1928: Z. Bohdanowiczówna i A. Ławrynowicz: W sprawie epidemjologji płonicy. — E. Bokser, G. Lacher i H. Stückgold: O niemiarowości ciągłej serca. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, Nr. 10, z 26 kwietnia 1928: A. Landau, B. Jochweds i R. Pekielis: O klinicznem stosowaniu bronchografji. — B. Karbowski: Uwagi w sprawie techniki wprowadzania płynów kontrastowych do oskrzeli. — Wł. Sterling: Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej (stresz. zbior. dok.). — W. Rakowski: O leczeniu krwawień macicznych powstałych na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. — St. Paradistal: Wyniki szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmette'a we Francji (szczepionka B. C. G.) (dok.).

Przemysł chemiczny, rok XII, Nr. 4, za kwiecień 1928: J. T. Turski i J. Rosenzweig: Farbowanie i drukowanie skór solami indygowemi (Indigosol). — I. Konarzewski i B. Kryński: Przebieg procesu wypalania glin w obecności pary wodnej i dwutlenku siarki. — M. Sągajłło: Zmiany składu gumy pod wpływem starzenia się. — S. Hołyński: O możliwem stosowaniu węgla aktywowanego przy nawożeniu roślin uprawnych. — S. Micewicz i K. Majkowski: Badania nad temperaturą pobudzenia kilku aromatycznych nitrozwiązków wybuchowych.

Wiadomości weterynaryjne, rok X, Nr. 93, za kwiecień, 1928: Wł. Walkiewicz: Eozynofilja jako objaw zarażenia bydła motylicą.

Przegląd dentystyczny, rok VII, Nr. 4 za kwiecień 1928: H. Berger: Preparowanie ubytków. — K. Mokrzycki: O znieczulaniu zapomocą stopniowego oziębienia oraz pokaz aparatu Gasotherme Dra Fabret'a wyrobu francuskiego. — L. Brennejsen: Analogje i refleksje.

Wychowanie fizyczne, rok IX, zeszyt 5, za maj 1928: P. Klamrzyński: Przyczynek do określenia wieku fizjologicznego. — W. Missuro: Kontrola lekarska zaprawy olimpijskiej (dok.). — W. Sikorski: Ćwiczenia mięśni i stawów kręgosłupa (dok.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

1928, Nr. 3.

Spät: W. S. B. w krótkich odstępach czasu po sobie, zachorowało 50 żołnierzy na dur brzuszny. Wszyscy byli szczepieni przeciw durowi brzusznemu $2^1/_2$ wzgl. $14^1/_2$ miesięcy przed zachorowaniem. Przebieg choroby był bardzo ciężki a śmiertelność wynosiła 20%. Fakta te przytacza autor na poparcie swego już dawniej wymienionego zdania, że szczepienie przeciw durowi brzusznemu jest bez znaczenia, bo ani nie chroni przed zachorowaniem na dur brzuszny, ani nie łagodzi jego przebiegu.

Kostrzewski.

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 40.

E. Rost: *Przyszła niemiecka Księga leków.* Zmiany nowej niemieckiej farmakopeji (która się ukazała 1. I. 1927 r.) w stosunku do starej.

I. Boas: *O colitis ulcerosa (gravis).* Przewlekła colitis ulcerosa stanowi odrębną jednostkę chorobową. Etjologja jej (o ile chodzi o badania bakterjologiczne) nie jest dotąd znana. Często spotyka się lekką przemijającą postać krwawo-ropnej colitis — właściwie bez objawów ze strony jelit — niejako formę poronną. Być może, że z tej postaci poronnej może się rozwinąć pod wpływem szkodliwych czynników usposabiających ciężka, przewlekła, ropna colitis. Usposabiającą rolę mogą tu spełniać czynniki natury konstytucjonalnej: zaburzenia żołądkowe (niedokwaśność) lub wpływy systemu nerwowego (badanie kału, per rectum, Roentgen), mimo to, domieszki krwi i ropy w kale bardzo często składa się na karb guzów krwawnicowych, a chorego zbyt późno odsyła się do specjalisty. Bardzo trudno jest określić jak wysoko sięgają owrzodzenia, co jest bardzo ważne w leczeniu. Pod względem prognostycznym odróżnić należy 2 postaci col. ulcerosa: spastyczno-obstypacyjną lżejszą i ciężką, kataralną, biegunkową. Leczenie w formie pierwszej diety, prafiną i atropiną; zabiegi chirurgiczne są naogół zbędne. W drugiej postaci, kiedy często — zwłaszcza w przypadkach starszych — leczenie wewnętrzne zawodzi, należy się uciec do zabiegu operacyjnego, najlepiej do założenia skośnej przetoki Witzla.

Richter: *O gruźliczych guzach skóry.* Cześć I.

Lüthge-Mertz: *Odczyn serologiczny z wyciągami alkoholowymi.* Autorzy podają dokładną metodę wykonywania reakcji i sporządzania wyciągu. Białko w wyciągu nie jest swoiste. Można używać tej reakcji do rozpoznawania ciąży, do oznaczania płci.

Heimann-Trosien-Hirsch-Kaufmann: *Dietetyczne leczenie cukrzycy dziecięcej.* W lekkich przypadkach należy zawsze próbować leczenia czysto dietetycznego. A kiedy nie udaje się odcukrzenie albo podwyższenie tolerancji do tego stopnia, by zapewnić dziecku dostateczne odżywienie i trwały przybytek na wadze, należy i w lekkich przypadkach używać insuliny.

Wolf-Eisner-Jahr: *Problemy przy używaniu surowic antytoksycznych.* Dokończenie. Konieczne jest ścisłe odróżnianie toksyn i endotoksyn. Przy używaniu surowic bakterjobójczych nie wolno osiągnąć dosis letalis minima bo przez zabicie bakterji uwalniają się z ich ciał endotoksyny. Sposób działania surowic antytoksycznych jest niewyjaśniony — (wątpliwe jest zobojętnianie toksyn wytworzonych przed użyciem surowicy). Działanie surowicy jest zależne od sił obronnych organizmu. Działanie surowicy antytoksycznej w przypadkach błonicy uważać należy do pewnego stopnia za proteinoterapję.

Proteinoterapja jest skuteczna tylko w tych zakażeniach, które można zwalczyć zapomocą reakcji ogniskowej.

Engel: *Postępowanie celem lepszego wykorzystania pokarmów obfitujących w błonnik (cellulozę).*

Braun: *O hormonach jajnikowych z uwzględnieniem „sistomensyny" i „agomensyny".* Poleca te preparaty.

Loewe: *Uwagi tyczące mianownictwa w dziedzinie hormonów płciowych.*

Axhausen: *Postępowanie przy źle gojących się złamaniach kości.*

Sonntag: *O leczeniu wrzodów rentgenowskich.*

Strauch: *Dwa praktyczne opatrunki.*

Hochman: *Przyczynek do farmakologji znieczulenia miejscowego.*

Dietel: *Postępy w leczeniu chorób skórnych i wenerycznych.*

Nr. 41.

E. Stern: *Cele i drogi pedagogiki leczniczej.* Nie nadaje się do streszczenia.

A. Cohn: *Przyczynek do rozpoznania serologicznego rzeżączki.* Autor podaje dokładnie metodę wiązania dopełniacza w rzeżączce. Metoda ta ma duże znaczenie w rozpoznawaniu rzeżączki w tych przypadkach, w których inne metody (zwł. bakterjologiczne wykrycie) zawiodły, lub gdy chodzi o zadecydowanie wyleczenia przebytej rzeżączki (małżeństwo i t. d.), bo wiadomo, że dwoinki Neissera mogą nieraz całe dziesiątki lat przebywać w organiźmie niejako w stanie utajenia.

H. Saenger: *Krytyczne uwagi o leczeniu rzeżączki.* Nie tyle przypadki zaniedbane ile zbyt intensywnie leczone (miejscowo) stanowią największy kontyngent wszystkich chirurgicznych powikłań rzeżączki. Podaje szereg przypadków jako przykład słuszności tego zapatrywania. Stąd odpowiednie wnioski terapeutyczne.

W. B. Meyer, A. Oppenheimer: *O klinicznem badaniu doustnych preparatów insuliny.* Badali b. dokładnie działanie insuliny „Fornet" (pierwsza niemiecka insulina jedyna w postaci pigułek). Okazało się, że preparat ten nieposiada żadnego działania — zawiera wprawdzie insulinę, jednak ona podana per os nie działa na tolerancję ani nie obniża glikosurji. Takie same badania — z takim samym skutkiem — przeprowadzili nad preparatem „stomasulin".

E. Kaufmann: *Cukrzyca, insulina a ciąża.* Opisuje przypadek zajścia w ciążę chorej dotkniętej ciężką cukrzycą pod wpływem dużych dawek insuliny. Ciąża przy leczeniu diet i insulin przeszła zupełnie prawidłowo i skończyła się sztucznem urodzeniem zupełnie rozwiniętego dziecka na 7—8 tygodni przed terminem. Chora owa zmarła 5 dni po porodzie wskutek śpiączki hipoglikemicznej, która wystąpiła 3-ego dnia po porodzie.

W. Grossmann-E. Wollheim: *Doświadczenia nad znaczeniem katjonów w komórkowej reakcji przy zapaleniu.*

W. Richter: *O gruźliczych guzach skóry.* Dokończenie.

Levy-Suhl: *Walka przeciw neurosom rentowym i ich następstwom.* Lekarze — nie tak jak ustawa — muszą neurotyków rentowych — jako osoby psychopatyczne — traktować jako chorych.

W. H. Hoffmann: *Obraz żółtej goraczki.* Podaje dokładny opis żółtej gorączki na podstawie 107 dokładnych historji choroby z Kuby.

E. Schiff-K. Choremis: *O eksperymentalnie wywołanej alkalozie i działaniu insuliny.* Na podstawie doświadczeń na oseskach z podawaniem insuliny po uprzedniem wstrzyknięciu sody twierdzą, że kwasicę gorączkową jakoteż zwiększone zapotrzebowanie insuliny przez cukrzycowego podczas infekcji jest następstwem alkalozy gorączkowej lub infekcyjnej i przez nią spowodowanego odwrotnego względnie osłabionego fizjologicznego działania insuliny.

J. Neuburger: *Analizy krwi w przypadkach niedokrwistości złośliwej.* Zawartość cukru we krwi, chlorków i wapnia w surowicy w przypadkach niedokrwistości złośliwej nie odbiega od normy.

M. Benjasch: *Przyczynek do bakterjologicznego wykazania rodzajów cukru w moczu.*

E. G. Feilchenfeld: *„Alfa Antar" nowy antyseptyczny proszek do zasypywania ran.* Przewyższa dotychczasowe preparaty tego rodzaju.

H. Küstner: *Leczenie pooperacyjnego zatrzymania moczu przez wstrzykiwanie 40% urotropiny.* U wielu chorych można, przez wstrzyknięcie 5 ccm 40% urotropiny uniknąć materyzowania. Radzi czekać do wieczora, dnia operacji, a gdy mocz nie odejdzie sanroistnie, wstrzyknąć urotropinę.

A. Freund: *Działanie uboczne przy leczeniu triphalem.*

R. Gassul: *Próby odczulenia w przypadkach dychawicy oskrzelowej za pomocą nagrzewania śledziony diatermją.*

Nr. 42.

H. Kalisch: *Przyczynek do prowokacyjnego wywoływania ukrytych krwawień według Boasa.* Metoda Boasa — jakkolwiek czasem zawodzi — jest dotąd najlepszą. Polega ona na stosowaniu gorących okładów przez kilka dni. Autor próbował prowokacji za pomocą nowoprotiny i Yohimbiny, ale z wynikiem ujemnym.

J. Kroner: *O gorączce w przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy.* Gorączka w przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy częściej występuje, niż się naogół przypuszcza. W przypadkach znacznych krwawień jest gorączka ich następstwem. Mechanizm powstawania jej w tych przypadkach można różnie tłumaczyć. U osób reagujących łatwo podwyżką ciepłoty mogą nieznaczne krwawienia powodować gorączkę. W przypadkach wrzodu bez krwawień, może, silne zaparcie stolca lub wzmożona pobudliwość nerwowa powodować podwyżki ciepłoty (naturalnie krótkotrwałe). Przy znaczniejszych podwyżkach ciepłoty, dłużej trwających należy szukać za jakiemś cierpieniem komplikującem, jako za przyczynę gorączki.

F. Brüning: *Sprawa urazowego zapalenia wyrostka robaczkowego.*

Z. Szilard: *O znaczeniu wczesnego pojawiania się wolnego kwasu solnego w sondowaniu frakcjonowanem.*

H. Citron: *O ilościowem oznaczaniu pepsyny w soku żołądkowym.* Podaje dokładną metodę.

H. Kowitz: *Sposób wykazywania puchliny brzusznej.* U chorych, u których ilość płynu jest mała a powłoki wiotkie, łatwiej jest wykazać puchlinę każąc choremu siadać na łóżku bez pomocy rąk i badając wtedy, gdyż pojemność jamy brzusznej się zmniejsza.

Nr. 43.

L. Aschoff: *O warunkach tworzenia się kamieni żółciowych.* (Wykład wygłoszony na Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Düsseldorfie).

Po obszernem przedstawieniu nowszych poglądów wyraża swoje zapatrywanie w następujących zdaniach: najważniejszymi czynnikami przy powstawaniu kamieni żółciowych są: zastój, infekcja i zaburzenia przemiany materji. Sam zastój niepowoduje tworzenia kamieni ale usposabia do wykrystalizowania znajdujące się w ilości przekraczającej granicę rozpuszczalności produkty przemiany materji n. p. cholesterynę (naturalnie przy zaburzeniach przemiany materji); dalej usposabia do zakażenia dróg żółciowych — no i następowego wypadania złogów. Przejściowe zaburzenia w odpływie żółci należy wytłumaczyć zmianami funkcjonalnemi w mechaniźmie zamykającym drogi żółciowe (zwieracz Oddiego i Lütkego). Należy odróżnić woreczki zastoinowe hipertoniczne (zaburzenia aparatu zamykającego) i hipotoniczne (zaburzenia ściany woreczka). Pierwotne tworzenie kamieni w zdrowych drogach żółciowych należy do rzadkości.

G. v. Bergmann: *O Cholecystopatjach.* (Według wykładu na Zjeździe w Düsseldorfie). Omawia patologję schorzeń woreczka żółciowego z uwzględnieniem badania Roentgenologicznego, cholecystografji i próby pituitrynowej.

P. Fiori: *Choroba Basedowa w chirurgji.* Lekkie przypadki należą do medycyny wewnętrznej, chyba, że okazują silną dążność do pogarszania się, lub warunki nie pozwalają na długie leczenie wewnętrzne. Przypadki ciężkie — o ile narząd krążenia nie jest w stanie niedomogi, należy operować (tembardziej, gdy leczenie wewnętrzne okazało się bezskuteczne). Natomiast ciężkie przypadki z niedomogą narządu krążenia, ze znacznemi zaburzeniami przemiany materji należy leczyć wewnętrznie — chirurgicznie zaś dopiero wtedy, gdy leczenie wewnętrzne nie daje żadnej poprawy. Roentgenoterapja, ma przyszłość, o ile dawkowanie będzie bardziej ścisłe. Przy osądzaniu wyników leczenia miarę stanowi odzyskanie zdolności do pracy.

O. Strauss: *O samoistnem wyleczeniu raka.* Samoistnego wyleczenia raka niema. Możliwe to jest w przypadkach mięsaka. Rak może okazywać pewne osobliwości w przebiegu albo czasowe remisje — ale przyjęcie samoistnego wyleczenia raka niema podstaw.

Kappis: *Organizacja sali operacyjnej i porządek zajęć w niej.* Ciąg dalszy. *O desynfekcji rąk i pola operacyjnego.*

H. Wildegans: *O obrażeniach tętnicy głównej.* Bardzo rzadko jest możliwa pomoc chirurgiczna w przypadkach przebicia tętnicy głównej czyto przez ranę kłutą, postrzał, ciała obce, czy przez procesy chorobowe, przechodzące z otoczenia. Szew naczyniowy można zrobić i zapobiec zejściem śmiertelnem tylko wśród okoliczności b. korzystnych.

Seligmann-Alterthum-Dingmann: *Badania epidemjologiczne w wielkich zbiorowiskach.* Część II-ga. Płonica, szczepienie ochronne przeciw płonicy i Dich-Test.

Hollmann: *Przyczynek do kwestji neurozy po wypadkach.*

Arnold-Kopp: *Wakcynacja a paraliż post.* Wykonali szereg doświadczeń celem potwierdzenia zapatrywania Daraszkiewicza o związku między wakcynacją a paraliżem — jednak z wynikiem ujemnym.

A. Lutz: *O leczeniu własną ropą.* Wyniki leczenia przez wstrzykiwanie własnej ropy przemawiają przeciw tej metodzie.

Dünner-Mecklenburg: *Wpływ exajrezy nerwu przeponowego na oddychanie.* Na podstawie obserwacyj klinicznych i badań doświadczalnych doszli do wniosku, że po exajrezie nerwu przeponowego odpowiednie płuco nie jest wykluczone z oddychania jak po odmie.

Lorenz: *Doświadczenia z „Arcanolem“.* „Arcanol“ jest to kombinacja atofanu z aspiryną. Autor widział dobry skutek w przypadkach anginy, grypy. Dawka 3 razy dziennie. Tabletka rozpuszczona w wodzie.

Lindenbaum: *„Phanodorm“ w praktyce.* Jest to kwas cyclohexenyletylbarbiturowy, środek uspokajający i nasenny.

Renner: *O zapaleniu wyrostka robaczkowego pod wpływem ciał obcych.* Opis przypadku.

W rozpoznawaniu wielkie usługi oddaje prześwietlanie Roentgenem.

Leczenie dietetyczne, z początku także opaska na brzuch oddaje dobre usługi.

Kopp: *Wielokrotne wykazanie gonokoków i bakt. influency w przypadku pyelitis.* Opis przypadku.

Richter: *Leczenie rzeżączki u kobiet za pomocą „Tampovagan“.*

A. Falkiewicz (Lwów).

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Ankieta w sprawie zabaw i gier ruchowych polskich.

Odbitka z „Wychowania fizycznego“ 1928, zeszyt 4.

Jesteśmy narodem, posiadającym piękną i bogatą tradycję we wszystkich działach kultury. Mało jednak mamy skłonności do badania tej tradycji, a najmniej bodaj — do pielęgnowania tych jej elementów, które dadzą się pogodzić z wymaganiami życia nowoczesnego. Jednym z jaskrawszych przykładów tej karygodnej obojętności na skarby rodzimej cywilizacji, jest bezwątpienia nasz stosunek do staropolskich zabaw i gier ruchowych. U wielu narodów Zachodu ogłoszono o tym przedmiocie szereg poważnych dzieł naukowych, a prastare gry, pieśni i pląsy uczyniono niezbędną częścią składową narodowego wychowania. U nas dążność podobna już zapoczątkowana; na przeszkodzie jej wszakże stoi nieznajomość znacznej części własnego w tej dziedzinie bogactwa. Dla częściowej choćby poprawy tego stanu rzeczy, póki czas — póki resztki tradycji nie zatoną w powodzi cudzoziemszczyzny, ogłaszamy niniejszą ankietę. Prócz wspomnianego celu — unarodowienia naszego wychowania fizycznego — ma ona do spełnienia niemniej ważne zadania naukowe. Pomoże nam wyświetlić niejasną jeszcze genezę zabaw, ich związki z całością kultury narodowej nieraz zamierzchłych wieków, ich wędrówki i przemiany pod wpływem zmiany środowiska i t. p.

Najusilniej tedy wzywamy na pomoc przedewszystkiem inteligencję, stykającą się z ludem: Duchowieństwo, nauczycielstwo, lekarzy i i. Niemniej pożądane będą własne lub cudze, lecz w miarę możności dokładnie spisane wspomnienia członków starszej generacji. Także szkolne reminiscencje są cenne, o ile odnoszą się do czasów, gdy młodzież grywała w palanta, ekstrę, megę i t. p., kierując się wyłącznie tradycją (przed wcieleniem gier w program zajęć szkolnych).

Oto główne zagadnienia, na które prosimy o odpowiedź:

1. Kiedy (rok) i gdzie (miejscowość, powiat, województwo) odpowiadający czynił swe spostrzeżenia?

2. Uczesnicy opisanej zabawy lub gry: ich wiek, płeć, narodowość, warstwa społeczna.

3. Czy dana zabawa (gra) ograniczona do pewnego sezonu? Jeśli tak, do którego? Ewentualnie jej połączenie z obrzędem ludowym dorocznym, świętem kościelnem, obrz. weselnym i t. p.

4. Ewentualny charakter obrzędowy samejże zabawy lub gry (zwłaszcza przy grze zaczynającej sezon, lub wchodzącej w skład wymienionych pod 3 uroczystości).

5. Teren zabawy (gry): izba, podwórze, pole, droga, las i t. p. i przybliżone wymiary przestrzeni, na której ona się rozgrywa. Miejsca na tym terenie, posiadające szczególne znaczenie (mety, gniazda etc.), ich nazwy, wymiary, stosunek wzajemny.

6. Ewentualne przybory (kijki, krążki, kamyki, kostki, piłki

etc.), ich nazwy, opis, sposób sporządzania (np. szycie lub toczenie piłek).

7. Ilość uczestników, ewent. podział na drużyny (partje), hierarchja graczy i odnośne nazwy (np. matka, bachory, gęsi, wilk etc.).

8. Sposób wyboru drużyn, lub graczy o odmiennych rolach (odliczanie z pomocą wierszyków, wymierzanie na kiju etc.).

9. Przebieg zabawy (gry), opisany zwięźle lecz jasno, tak, aby czytelnikowi umożliwić dokładne jej odtworzenie. Prosimy nie pomijać żadnej nazwy, formułki (djalogu), piosenki i t. p., oraz zachować właściwości gwary ludowej, nie wyłączając wyrażeń mniej przyzwoitych.

Uwagi. Ankieta nasza ma za zadanie zbadanie zabaw o formie ustalonej tradycją. Nie należą tu zatem proste zabawy naśladowcze (w szkołę, pociąg kuchnię etc.) o zmiennej nieraz postaci, zależnej od wrażeń, działających chwilowo na wyobraźnię dziecięcą. Odpadną też świeże nabytki obce, jak piłka nożna, tenis, koszykówka etc. Dalej odpadną wszelkie elementy (więc choćby rodzime) wyuczone w szkole. Natomiast polskości naszego materjału nie należy traktować zbyt ciasno etnograficznie. Elementy polskie, ruskie, białoruskie, litewskie, a nawet niemieckie i żydowskie, przedewszystkiem z obszaru dzisiejszej Rzeczypospolitej, lecz i z dawniejszych jej prowincyj, oraz z terenów emigracyjnych, tak silnie zazębiają się wzajemnem oddziaływaniem w ciągu długich stuleci, że wszystkie stanowią niezbędną podstawę do badań nad tą częścią polskiej kultury.

Nawet drobne przyczynki do stanu naszej wiedzy w tym zakresie mogą okazać się cennemi. Odpowiadający też nie powinien się zrażać tem, że zaobserwował choćby jedną tylko zabawę, ani niedokładnością opisu wyszłej z użycia gry, podanej ze wspomnień jakiegoś staruszka. W każdym razie jednak pożądany spis zabaw (gier), uprawianych w danej miejscowości. Przy nazwach interesujące będzie ich tłumaczenie przez lud niemniej ew. nazwy dwojakie jednej i tej samej gry.

Bardzo pożądane też są rysunki, przedstawiające teren zabawy (gry), ustawienie uczestników, przybory etc., oraz nuty piosenek, śpiewanych przy grze. Niemniej użyteczne będą też okazy przyborów, wyrabianych przez samychże uczestników.

W razach wątpliwości, czy dana zabawa (gra) jest ruchowa, korzystniej będzie podać jej opis na wszelki przypadek. Granice bowiem ruchowych i nieruchowych elementów są nieraz niepewne, co więcej zaś, w ciągu ich wędrówek, z kraju do kraju, czy z okolicy do okolicy, zamiana z ruchowych na nieruchowe i odwrotnie nie należy do rzadkości.

Wielkiem ułatwieniem pracy, przy gromadzeniu tego materjału, będzie posługiwanie się podręcznikiem prof. E. Piaseckiego (Zabawy i gry ruchowe, wyd. 3, Lwów-Warszawa, Książnica Atlas, 1922), zawierającym cały znany dotąd dorobek polski. Pominąwszy nieco elementów obcych (Nr. 87—92, 121, 133), uważny czytelnik łatwo się zorjentuje, czy obserwowana przezeń zabawa lub gra jest jeszcze nieopisana: w takim razie dokładny opis konieczny. Jeśli zaś nowo zaobserwowanemi są tylko pewne szczegóły (okolica inna, niż podano w podręczniku, inne nazwy, formuły, piosenki, przybory, inny wiek, lub płeć uczestników, różnice w przebiegu gry i t. p.), wystarczy wówczas dokładne powołanie się na podręcznik (nazwa opisanej tam gry, numer, stronica) i przytoczenie zauważonych różnic.

Materjały prosimy skierowywać do Dyrekcji Studjum Wychowania Fizycznego Uniw. Pozn., Poznań 3, Park Wilsona, z dopiskiem: „Ankieta", możliwie rychło, najpóźniej zaś do 1 września 1928. Będą one opracowywane pod osobistem kierownictwem prof. E. Piaseckiego. Cenniejsze przyczynki ogłosi się drukiem w całości, lub w obszernym streszczeniu, na łamach miesięcznika „Wychowanie Fizyczne", lub w „Pracach Nauk. Studjum W. F. Uniw. Pozn.". Ankieta jest finansowana z zasiłku Państwowego Urzędu Wych. Fiz. i Przysp. Wojsk. w Warszawie.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVI Posiedzenie z dnia 28. X. 1927.

Przewodniczący: Kol. Ziembicki.

Prym. Ziembicki proponuje na sekretarza Kol. Stanisława Ostrowskiego (dermat.) w miejsce wyjeżdżającego na studja kol. Grabowskiego. Wniosek przyjęto przez aklamację. Następnie przewodniczący podnosi zasługi zmarłego członka Tow. lek. ś. p. dyr. Dr. Stanisława Jasińskiego. Pamięć Jego uczczono przez powstanie.

Z kolei kol. Wachnianin proponuje urządzenie uroczystego posiedzenia ku czci prof. Gluzińskiego i zaproszenie jubilata do Lwowa. Prym. Ziembicki przypomina że Tow. lek. żegnało przed 3 laty prof. Gluzińskiego i nie wie czy jubilat zechciałby przyjechać. Wniosek podniesie na posiedzeniu Wydziału.

1. Kol. Elmer-Scheps: *Dwa przypadki śpiączki cukrzycowej.*

Kol. Prym. Marischler mówi o pozornem wyleczeniu cukrzycy wskutek uszkodzenia nerek.

2. Kol. Tomanek wygłasza rzecz *„O leczeniu tyreotoxykoz dużemi dawkami jodu".* (Przeznaczone do druku).

W dyskusji kol. Ziemilski zapytuje na jakiej zasadzie rozpoznano współistnienie choroby Basedowa z obrzękiem śluzakowatym? Prof. Marischler podnosi wartość małych dawek jodu, po których widział zmniejszanie się wolu. Ostatnia praca Balinta tłumaczy dobre wyniki — gromadzeniem kolloidów. Sam chętnie stosuje naświetlanie Roentgenem. Kol. Domaszewicz doradza ostrożność w stosowaniu małych dawek jodu, widział po nich przykre skutki podobnie jak po wlewaniu jodvasogen'u. Stosowanie zalecanego leczenia przez prelegenta uważa za dopuszczalne w klinice, mniej w szpitalu a przeciwskazane w przychodni. Kol. Hilarowicz podnosi, że na podstawie ostatnich doświadczeń z chwilą zwyżki podstawowej przemiany materji do 50% nikt nie przeprowadza operacji. Mówca widział dobre wyniki po stosowaniu „Gynergenu", uważa, iż podawanie jodu w ciężkich przypadkach szkodzi. Prym. Ziembicki zwraca uwagę, że podział autorów amerykańskich jest niejasny i zdaje się nie da się utrzymać. W praktyce niema to większego znaczenia. Co do leczenia Basedowa podnosi wartość prom. Roentgena.

Kol. Tomanek: Ambulatoryjne leczenie tarczycowych toksykoz zapomocą jodu przedstawia jeszcze dzisiaj dosyć duże trudności. Polegają one w pierwszym rzędzie na tem, że diagnostyka różniczkowa tych schorzeń jest rzeczywiście trudna. Pojęciu monistycznemu t. zw. hyperthyreozy o której wspomina Pan Prym. Ziembicki sprzeciwia się wiele faktów. Świadczyłyby przeciw również i same wyniki jodolecznictwa w hyperthyreozach, w których jak to widzieliśmy można spotkać niekiedy nawet prawie że wyleczenie, w innych razach zaś stany ciężkiego pogorszenia. A zatem wyodrębnienia postaci gruczolaków toksycznych od choroby Basedowa jest zupełnie rzeczą uzasadnioną. Zarazem z tego powodu jest rzeczą konieczną zróżnicowanie rodzaju tarczycowej toksykozy przed podaniem jodu. W tym celu potrzebnem jest oznaczanie podstawowej przemiany materji, którą niestety niezawsze posłużyć się może lekarz - praktyk, zwłaszcza, że zabieg ten wymaga specjalnego przygotowania chorego. Co się tyczy kombinacji leczniczej, a to podawania jodu z naświetlaniami pr. R., o czem wspomniał P. Prof. Marischler to w naszych doświadczeniach nie stanowiły one, jakiegoś specjalnie korzystnego wpływu. Na ogół można powiedzić, że gdzie jod sprowadził pogorszenie tam i naświetlania nie wiele mogły dopomódz. Są jednak także u nas w klinice przypadki, gdzie pod wpływem naświetlań w chorobie Basedowa spotykaliśmy nawet znaczną poprawę. Z innych środków tutaj stosowanych, które poruszył kol. Hilarowicz, a mianowicie gynergen, to nie mogę jeszcze wypowiedzieć się ściśle co do ostatecznych jego wyników, gdyż doświadczenia kliniki są jeszcze w toku. Co się tyczy zapytania Kol. Ziemilskiego(?) na jakiej podstawie rozpoznano chorobę Basedowa w przypadku z obrzękiem śluzakowatym, przed chwilą opisanym, pragnę wyjaśnić, że w tych stanach rozpoznanie jest rzeczą łatwą, gdy oprócz zmian obrzękowo - śluzakowatych w skórze, stwierdzamy prócz tego jeszcze objawy oczne, miękki tętniący wól, dreszcze drobne palców, przyspieszenie tętna a wreszcie i pewien niestosunek w stopniu obniżenia podstawowej przemiany materji, który w naszym klinicznym przypadku wynosił — **0.66%** (Krogh). Powikłania tych 2-ch rodzajów schorzeń są wprawdzie nie częste, lecz nie należą wcale do rzadkości. Zarazem zdają się one świadczyć, jako jeden z argumentów, przeciw teorji hyper i hypofunkcji gruczołu tarczykowego, dla której to teorji stanowią wyniki jodolecznictwa fakty poważnego sprzeciwu. Zresztą, miałem sposobność wypowiedzenia się w tym zakresie szerzej w mojej pracy poprzedniej.

XXVII Posiedzenie z dnia 4. XI. 1927.

Przewodniczący: Kol. Ziembicki.

Obecnych -- 48 członków.

1. Prof. Barącz omawia 2 *przypadki promienicy* leczone śródmiąższowemi wstrzykiwaniami Cu oraz łyżeczkowaniem.

W dyskusji kol. Pisek.

2. Kol. Czyżewski omawia *2 przypadki resekcji żołądka:* 1) u 28-letniej kobiety z gruźlicą żołądka, 2) u 35-letniej kobiety z przebiciem ściany żołądka.

3. Kol. Schusterówna omawia preparaty anatomiczne: 1) dotyczy 32-letniej kobiety *z nowotworem złośliwym*, który wychodzi z oka i dał przerzuty do rdzenia. Budowa histologiczna nowotworu gruczołowa o nabłonku cylindrycznym, 2) *ciało obce* (haczyk do szydełkowania) *w jelicie* u 22-letniej kobiety, operowanej z powodu zaburzeń w woreczku żółciowym.

W dyskusji prof. Nowicki podnosi rzadkie występowanie nowotworu oka, o typie przedstawionym przez kol. Schusterównę, co dowodzi o różnolitości form nowotworów, wychodzących z tkanki nerwowej, odnośnie do 2-go przypadku przyjmuje że szydło dostało się do jelita drogą pochwową — możliwie w czasie zamierzonego spędzenia płodu.

4. Kol. Ziembicki — *o odmie samoistnej.*

5. Kol. Mierzecki — *2 przypadki arthropatia psoriatica* leczone skutecznie wstrzykiwaniami natr. arsenicos.

W dyskusji: Kol. St. Ostrowski podnosi rzadkość występowania przedstawionych przez prelegenta schorzeń, zaznacza jednak, że nawet w rozlanej formie łuszczycy przewłocznej można rentgenologicznie wykazać pewne zmiany w kościach wzgl. stawach. Mówca podnosi, że pojęcie psoriasis arthropatica wzgl. arthropatia psoriatica nie tłumaczy istotę schorzenia ani jego etjologji. Zdaniem jego — jednorazowy brak nadmiaru kwasu moczowego we krwi nie wyklucza prawdopodobieństwa łączenia tego schorzenia przynajmniej z dyspozycją gichtyczną. Dobre wyniki leczenia mówca przypisuje djecie i kąpieliskom działania arszeniku nie uważa w tem schorzeniu za swoiste, raczej przyjmuje działania jego uzupełniające, podnoszące odporność ustroju a przez to i przestrój w przemianie materji w kierunku dodatnim. Ponadto przemawiał kol. Barącz i odpowiadał kol. Mierzecki.

6. Kol. Seidler — wygłosił odczyt z pokazami klisz roentgenologicznych: Przedmuchiwanie i prześwietlanie jajowodu jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu przyczyn niepłodności.

7. Kol. Ziembicki zaprasza członków Tow. lek. na posiedzenia Koła historyków medycyny, gdzie wygłoszą odczyty 1) Kol. Fritz, 2) Kol. Ziembicki oraz 3) będzie omówiony program jubileuszu Tow. lekarzy galicyjskich (60-lecie) i Lwow. Tow. lek. (50-lecie).

XXVIII Posiedzenie z dnia 18. XI. 1927.

Przewodniczący: Kol. Ziembicki.

Obecnych — 70.

1. Kol. Ziembicki oznajmia, że wpłynęło pismo z Izby lekarskiej o zwalczaniu specyfików i prosi kol. Bocheńskiego o podanie treści.

W dyskusji kol. Pisek proponuje odesłanie komunikatu do Wydziału Tow. lek.

Kol. Bocheński — przedstawia w krótkim zarysie treść pisma I. lek. i podnosi konieczność ograniczenia napływu specyfików. Poczem uchwalono większością głosów zająć się tą sprawą na osobnem posiedzeniu.

2. Kol. Nowicki omawia 1) preparat wgłobienia guza (zakrzepu) w ujściu żylnem lewem, 2) preparat zakrzepicy u chorego z illeus wreszcie 3) torbiel retencyjną pęcherzyka nasiennego na tle zarośnięcia przewodu.

3. Kol. Domaszewicz — przedstawia preparat guza mózgu (neurinoma), tkwiącego w kącie mosto-móżdżkowym po stronie lewej.

4. Kol. Goertz i kol. Tumidajski przedstawiają chorego z periostitis hyperplastica gener.

W dyskusji kol. Meisels podnosi, że roentgenogram kości przedramienia wskazuje, że mamy do czynienia ze zmianami raczej natury Pagetowej w samej kości i dlatego nie zaliczałby tego przypadku do periost. hyperplast. choćby ze względu na wysoką ilość Ca we krwi oraz budowę siodełka.

Odpowiada kol. Goertz.

5. Kol. Meisels przedstawia przypadek guza przysadki, leczony promieniami rentgenowskimi i radu. W maju 1926 r. został chory 45-letni mężczyzna z zawodu buchalter, przysłany do badania rentgenowskiego czaszki z powodu podejrzenia na guz mózgu. Chory skarżył się wówczas na silne bole głowy, ogólne osłabienie i stopniowo od 2 lat rozwijający się zanik wzroku na oku lewem. Badanie rentg. wykazało daleko posunięte destrukcyjne zmiany w siodełku tureckiem: dno siodełka nierówne, znacznie obniżone, przebiega prawie w poziomie podstawy średniej jamy czaszkowej, wymiar przednio - tylny prawie 3-krotnie powiększony, grzbiet siodełka pochylony ku przodowi. Badanie oczu wykazało: znaczne osłabienie wzroku na oku lewem, widzi jedynie tylko ruchy rąk przed okiem; na oku prawem hemianopsia temp. bystrość wzroku 6/12. Przy wziernikowaniu stwierdzono na oku lewem zanik nerwu ocznego, na oku prawem lekkie zblednięcie tarczy. Na podstawie wyników tych badań można było umiejscowić zmiany i przyjąć, że w przypadku tym ma się do czynienia z guzem przysadki. Chorego poddano leczeniu rentgenowskiemu i w ciągu czerwca 1926. otrzymał chory w 6-ciu naświetlaniach po 1½ dawki rumieniowej na oba pola skroniowe. Już w 3 tygodnie po tem można było zauważyć wyraźną poprawę. Bole głowy znacznie mniejsze; na oku prawem tylko paracentralny ubytek w polu widzenia po stronie skroniowej od 5 — 10°; bystrość wzroku wynosiła już wówczas 6/5. Z końcem sierpnia otrzymał chory naświetlania radowe. Preparat radowy wprowadzono choremu do przestrzeni nosowo - gardzielowej w ten sposób, by przylegał do dna jamy klinowej. Chory otrzymał dawkę 800 mlgh. W pół roku po ukończeniu naświetlań stan chorego poprawił się tak dalece, że mógł wrócić do swej pracy zawodowej, którą do dnia dzisiejszego bez większego wysiłku wykonuje. W rok po ukończeniu leczenia przedstawiał się stan oczu następująco: na oku prawem zupełnie prawidłowa bystrość wzroku, dno oka i pole widzenia prawie bez zmian; na oku lewem mimo zaniku nerwu ocznego lekka postępująca poprawa bystrości wzroku. Stan ten utrzymuje się aż do dnia dzisiejszego. W przypadku tym można więc było przez leczenie rentg. połączone z naświetlaniami radowemi uzyskać bardzo znaczną i jak dotychczas trwałą poprawę.

Wedle Erdheima można podzielić guzy przysadki na 2 grupy: na 1) wychodzące z samej przysadki (prawie wyłącznie z przedniego płatu) i rosnące wewnątrz siodełka i 2) wychodzące z lejka przysadki i rozwijające się powyżej wejścia do siodełka. Guzy grupy pierwszej, wewnątrz - siodełkowe powodują w obrazie rentgenowskim charakterystyczne zniekształcenia siodełka tureckiego. W obrazie klinicznym wykazują chorzy tacy bądź to zespół objawów akromegalji, bądź też tylko objawy wynikające z ucisku na narządy sąsiednie bez zmian ogólno - troficznych.

W przypadkach ostatnich najwybitniejszemi objawami są zaburzenia wzrokowe (oczna forma guzów przysadki). Do grupy tych przypadków należy przedstawiony chory. Pod względem utkania histologicznego są wewnątrz - siodełkowe guzy przysadki najczęściej powoli rozwijającemi się gruczolakami bez złośliwego charakteru. Béclère pierwszy zwrócił uwagę na ich wielką wrażliwość na wpływ promieni rentgenowskich i już w roku 1913 opisał 4 przypadki w których zapomocą naświetlań udało mu się uzyskać bardzo pomyślne wyniki. Ostatnio zebrali Küpferle i Szily 73 przypadków guzów przysadki leczonych naświetlaniami rentgenowskimi i radu. Z tej liczby 56 przypadków dotyczyło guzów wewnątrz - siodełkowych, zaznaczających się w 22 przypadkach w obrazie klinicznym objawami akromegalicznymi, w 34 przypadkach zaburzeniami wzrokowemi lub innymi objawami wynikającymi z ucisku na podstawę mózgu, bez zmian ogólnych. Wzwyż w połowie tej liczby przypadków a mianowicie w 30, wystąpił bardzo dodatni skutek naświetlań. W przypadkach akromegalji uzyskano zniknięcie objawów ucisku mózgowego i zaburzeń wzrokowych obok zatrzymania się zmian troficznych, które w 2-ch przypadkach nawet się cofnęły. W przypadkach z objawami ucisku na podstawę mózgu i nerwy oczne nastąpiło po naświetlaniach daleko idące i trwałe zmniejszenie się tych objawów. Gorsze wyniki uzyskano w przypadkach guzów poza - siodełkowych. Z 16 przypadków z objawami „dystrofia adiposo - genitalis" tylko w 6-ciu uzyskano lekką przemijającą poprawę zmian chorobowych.

Jak więc z tego zestawienia wynika leczenie energją promienio - twórczą guzów śród - siodełkowych daje wcale pomyślne rokowanie. Należy je tylko jak najwcześniej po ustaleniu rozpoznania, stosować, by nie dopuścić do powstania zmian, na które nie można już więcej wpłynąć. Należy tu przedewszystkiem zanik nerwów ocznych.

6. Kol. Dobrzański przedstawia chorego z twardzielą nosa.

7. Kol. Halban i kol. Rothfeld omawiają dwa przypadki, w których w łączności z odrą wystąpiły objawy mózgowe. W jednym z nich, dotyczącym 20-letniego chłopca wystąpiło w czwartym dniu odry połowicze porażenie prawostronne z afazją, w drugim u dziewczynki 10-letniej zjawiły się w 19 dni po ustąpieniu odry objawy mózgowe: drżenie rąk, ruchy języka od przodu ku tyłowi, utrudnienie w połykaniu, niemota, wzmożone ślinienie, potem maskowata twarz, przymusowe patrzenie, usta stale otwarte, język wysunięty, wzmożone napięcie mięśniowe w kończynie górnej prawej i obu kończynach dolnych, obustronny Babiński. Stan ten obecnie po pięciu tygodniach trwania zaczyna się poprawiać.

Przypadki analogiczne do przypadku drugiego, z obrazem odpowiadającym w zupełności nagminnemu zapaleniu mózgu coraz częściej spotyka się w piśmiennictwie jako powikłanie odry. Nie jest kwestją rozstrzygniętą czy te objawy są wynikiem zadziałania jadu odry jako takiego na mózg, czy też odra toruje drogę innej infekcji, w tym przypadku nagminnem zapaleniu mózgu. Jest faktem, że tych przypadków dawniej w erze przed nagminnem zapaleniem mózgu nie było. O ile się zdarzyły powikłania mózgowe w przebiegu odry to były to przypadki takie jak nasz pierwszy. Wystąpienie objawów encephalitycznych w 19 dni po odrze przemawia w naszym drugim przypadku przeciw łączeniu z infekcją odrową. Związek objawów mózgowych z odrą należy zatem oceniać w każdym przypadku indywidualnie. Prelegenci stoją zasadniczo na stanowisku, że obraz kliniczny encephalitis epidemica powstały w łączności z odrą nie jest wywołany zakażeniem odrowem.

Kol. Halban i kol. Rothfeld przedstawiają nadto chorego lat 63 u którego od trzech miesięcy wystąpiły napady Jacksona w lewej kończynie górnej, rozprzestrzeniające się początkowo na twarz i głowę, ograniczone obecnie tylko do ręki lewej. Na dnie oka brak zmian, w rentgenie objawy wzmożonego ucisku śródczaszkowego. Wasermann we krwi i w płynie ujemny (chory przeszedł kilę w 29 r. życia). Oprócz samoistnie występujących napadów drgawkowych w lewej ręce występują takież napady po ruchach czynnych i biernych palców lewej ręki. Zaznacza się przytem, że napady tak samoistne jak i sztucznie wywoływane połączone są z bólami, których niema przy zupełnym spokoju, a które się zjawiają przy ruchach palców i przy ucisku na małe stawy lewej ręki. W ostatnich czasach wystąpił obrzęk grzbietu lewej ręki. Zdjęcie rentgenologiczne tejże ręki nie wykazuje żadnych zmian. Przypadek przypomina bardzo żywo w piśmiennictwie dyskutowaną kwestję t. zw. odruchowej padaczki przez wielu poważnych autorów zupełnie słusznie zaprzeczaną. Fakt, że napady dają się wywołać przez ruchy czynne względnie bierne palców tłumaczą prelegenci przypuszczeniem, że obok ogniska drażniącego korę i dającego objawy Jacksonowskie musi istnieć jeszcze drugie ognisko uszkadzające thalamus opticus w ten sposób, że tenże znajduje się w stanie zwiększonej pobudliwości, dzięki czemu bodźce proprioceptywne z obwodu płynące wystarczą na wywołanie z jednej strony bólów, z drugiej strony kurczu tonicznego, będącego wyrazem przejścia bodźców przez thalamus na ośrodki striarne.

W dyskusji kol. Gąsiorowski podnosi, że Anderson udowodnił, że krew odrowych już w drugiem dniu po osutce nie daje zakażenia materji, a zatem w przypadku kol. Rothfelda musi być inny virus przyczyną encephalitis let. a nie virus odry. Również kol. Halban jest tego samego przekonania, zwłaszcza że enceph. let. wystąpila w19 dni po odrze. Mówca przypomina, że enceph. występuje po chorobach zakaźnych, jednak obrazu dzisiejszego nigdy nie spotykano w przebiegu odry.

2 przyp. dotyczy 63-let. mężczyzny, z przebytą kiłą a obecnie napadami krótkotrwałego porażenia palców l. ręki i wtórnemi kurczami o typie Jacksona. Autorzy przypuszczają, że ma się do czynienia z lewostronną hemiparezą na tle kiły a raczej na tle nowotworu w korze mózgowej.

Kol. Gąsiorowski — zapytuje, jak należy wytłumaczyć różnicę pomiędzy poprzednimi okresami kurczu tonicznego a obecnymi. Kol. Rothfeld tłumaczy je postępem choroby i stąd różnice przebiegu kurczów.

XXIX Posiedzenie z dnia 25. XI. 1927.

Przewodniczący: Kol. Ziembicki.

Obecnych — 63.

1. Kol. Ziembicki — przedstawia treść okólnika z G. D. Sł. Zdr. M. S. Wew. o zwalczaniu niedozwolonych specyfików i proponuje oddanie sprawy Kom. przem. lek. Tow. lw.

W dyskusji: Kol. Franke mówi o komisjach zagran., które systematycznie zaznamiają ogół o wartości specyfików. Kol. Pisek — radzi uprosić Kom. przem. lek., ażeby zajęła się sprawą i przedstawiła wnioski. Kol. Salpeter podnosi wartość preparatu arsenobenzolowego f. Grodzisk. Kol. Ostrowski Stan. mówi o konieczności wprowadzenia zamierzonej akcji również na terenie publiczności.

Sprawę przekazano Kom. przem. lek., która do miesiąca ma złożyć sprawozdanie.

2. Kol. przewodniczący odczytał pismo Tow. aptekarzy o niestosowności nadsyłania podarków przez niektóre firmy, przyczem zwraca uwagę na pewne niestosowne zdania.

Przemawiał kol. Franke.

3. Odczytanie pisma o obsadzie kierownictwa szpitala w Wilejce.

4. Pokazy 1) kol. Flund (oddz. chir. der.) przedstawia 8-letniego chłopca z mięsakiem rozgałęzionym. Operacja metodą Keuleina, histologicznie — sa. globocell.

2. Exelbirt: mięsak części miękkich wychodzący z wew. strony uda; histolog. fibroma durum.

5. (Wykład). Kol. Mączewski: O leczeniu niedrożności i niepłodności jajowodów nowemi metodami (przeznaczone do druku).

W dyskusji nad odczytem Kol. Seidlera i Mączewskiego kol. Bocheński mówi o konieczności starannej krytyki w ocenie stanu chorej, konstytucji ogólnej, oraz narządów płciowych. W przedmuchiwaniu trąbek i salpingografji znaleźliśmy ważne metody w oznaczaniu niepłodności jednak metody muszą być odpowiednio wykonane. Kol. Liebhard mówi o dobrych wynikach po stosowaniu jodipiny.

Kol. Wiczyński mówi o wątpliwych wynikach dzięki trudności stwierdzenia żywotności komórki jajowej. Odpowiadał Kol. Mączewski.

Stan. Ostrowski, zast. sekr.

XXX Posiedzenie z dnia 2. XII. 1927.

Przewodniczący: Kol. Ziembicki.

Protokołuje w zast. kol. Goertz.

1. Kol. Falkiewicz Antoni (Klin. wew.), przedstawia przypadek scherzenia Adams-Stokesa. W dyskusji przemawiał Kol. Pisek.

2. Kol. Eimer (Oddz. W. I.) mówił o najnowszych sposobach leczenia cukrzycy.

3. Kol. Tomanek (Kl. wewn.) wygłosił referat o przetaczaniu krwi.

4. Kol. Grek komunikuje dotychczasowe doświadczenia uzyskane przez niego w Klinice wewn. w leczeniu ciężkiej niedokrwistości zapomocą wątroby (300 g dziennie na wewnątrz). Pierwsze próby wypadły nadzwyczaj zachęcająco.

XXXI Posiedzenie z dnia 9. XII. 1927

Przewodniczący: Kol. Ziembicki.

Protokołuje w zast. kol. Goertz.

Dokonano wyboru Komisji Matki. Weszli do niej Koll.:Czeżewska, Deliński, Grek, Kamiński, Kuhn, Lenartowicz, Michna, Ostrowski Stan, Pisek, Pohorecki, Rencki, Słonecki, Wachnianin, Zabłocki, Zgórski.

Kol. Falkiewicz Tadeusz (Kl. neur.) przedstawił swą pracę pod tytułem: „Stosunek odczynu Langego do rodzaju pleocytozy wpłynie mózgo-rdzeniowym". (Przeznaczone do druku).

XXXIII Posiedzenie z dnia 16. XII. 1927.

Przewodniczący: Kol. Ziembicki.

Protokołuje w zast. kol. Goertz.

1. Kol. przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne ku czci ś. p. Kol. Karola Schneidra.

2. Do Komisji Matki wybrany został dodatkowo kol. Ruff.

3. Kol. Hilarowicz (Kl. chir.) omówił przypadek plastyki po wypiłowaniu żuchwy. W dyskusji przemawiał kol. Schramm.

4. Kol. Nowicki omówił preparaty anatomo-patologiczne: a) pęknięcia jelita w następstwie urazu, b) zroślaka symetrycznego (potwór z 2 rękami i 3 nogami). W dyskusji przemawiali koll.: Pisek, Schramm, Sochański i Nowicki.

5. Kol. Schusterówna przedstawiła preparaty: a) torbieli trzustki, b) wrodzonej wady serca (stenosis pulmonal.). W dyskusji przemawiał kol. Ziembicki.

6. Kol. Rothfeld wygłosił wykład: „Niemoc śmiechu". (Nazwa i wnioski oparte na własnych spostrzeżeniach). (Rzecz przeznaczona do druku). W dyskusji przemawiali Koll.: Domaszewicz, Fels, Sochański, Węgrzynowski, Rothfeld.

SPRAWY ZAWODOWE.

Protokół dorocznego sprawozdawczego posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 29 stycznia 1928 r.

Obecni Drzy: Bączkiewicz (przewodniczący), Krzyczkowski (wiceprzewodniczący), Śmiechowski (wiceprzewodniczący), Waygiel (wiceprzewodniczący), Podczaski (skarbnik), Matelski (sekre-

tarz), Przyborowski, Wojno — z Warszawy; Drzy: Gantkowski, Wieleński i Dymiński z Poznania; Dr. Steinborn z Torunia, Drzy Kuhn, Wolf, Franke i Nowicki ze Lwowa; Dr. Ramer z Sanoka; Dr. Miłaszewski z Łucka; Dr. Szmurło z Wilna; Dr. Domański z Nowogródka; Dr. Skusiewicz z Łodzi: Dr. Wrześniowski z Częstochowy.

Przewodniczący zagaja posiedzenie i stwierdza jego prawomocność, ponieważ na posiedzeniu jest 22 członków, reprezentujących na podstawie upoważnień 27 głosów (Dr. Miłaszewski reprezentuje 2 głosy, Dr. Skusiewicz — 2 głosy i Dr. Wrześniowski 4 głosy). Zawiadomili o nieprzybyciu na posiedzenie Drzy: Rubin, Makowski i Garlicka.

Przyjęto porządek dzienny i regulamin obrad.

W celu uczczenia pamięci zmarłych wiceprezesów Naczelnej Izby Lekarskiej, Drów Papée i Jerzykowskiego, po krótkiem wspomnieniu pośmiertnem, wypowiedzianem przez Prezesa, i po jednominutowej chwili ciszy, postanowiono na wniosek Zarządu umieścić w lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej portrety zmarłych.

Przewodniczący wita nowych członków Izby, Drów Gantkowskiego i Miłaszewskiego, którzy weszli na miejsce zmarłych członków z listy zastępców, oraz Drów: Szmurłę, i Domańskiego, jako delegatów Izby Wileńsko-Nowogrodzkiej, którzy biorą po raz pierwszy udział w posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Przewodniczący zawiadamia o wyborze na ostatniem posiedzeniu Zarządu na wiceprzewodniczących Naczelnej Izby Lekarskiej Drów: Krzyczkowskiego i Waygla na miejsce ś. p. Drów: Papée i Jerzykowskiego.

Wysłuchano odczytanego przez sekretarza Naczelnej Izby Lekarskiej sprawozdania z działalności Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1927. W dyskusji nad sprawozdaniem podkreślono potrzebę energicznego zajęcia się sprawą potrącania lekarzom emerytom z wynagrodzenia, otrzymywanego za pracę w Kasach chorych, wypłaconych już im emerytur. Przewodniczący prosi o przysłanie szczegółowych dokumentów w tej sprawie celem zwrócenia się do Prezydjum Rady Ministrów, poczem sprawozdanie Izba przyjęła.

Wysłuchano sprawozdania z działalności Sądu N. I. L., poczem uchwalono podziękować Drom Kozerskiemu i Śmiechowskiemu za ich wybitną działalność w Prezydjum Sądu.

W dalszym ciągu przystąpiono do wyborów uzupełniających do Sądu N. I. L. Wybrani zostali od Izby Wileńsko-Nowogrodzkiej na Sędziów-delegatów: Dr. Jan Szmurło (26 głosów), Dr. Zygmunt Domański (26 głosów); na zastępców: Dr. Leon Klott (26 głosów), Dr. Wilhelm Blausztejn (27 głosów). Od Izby Krakowskiej na zastępcę delegata — Dr. Wacław Zakrzewski (27 głosów). Od Izby Lwowskiej na Sędziego-delegata — Dr. Zdzisław Kotiers (27 głosów), na zastępcę — Dr. Adolf Kuhn (27 głosów). Na zastępcę sędziego Sądu N. I. L. — Dr. Władysław Brodowski.

W wyniku wyborów uzupełniających na zastępców członków Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej zostali wybrani Drzy:: Miłaszewski Franciszek z Łucka (27 głosów), Szmurło Jan z Wilna (26 głosów), Gantkowski Paweł z Poznania (27 głosów), Wojnówna Zofja z Warszawy (27 głosów). Wszystkich głosów w obu głosowaniach oddano 27.

Po wyborach wysłuchano sprawozdania kasowego i przyjęto do wiadomości protokół Komisji Rewizyjnej. W dyskusji nad sprawozdaniem kasowem na wniosek przedstawiciela Izby Lwowskiej uchwalono, aby skarbnik Naczelnej Izby Lekarskiej zawiadomił w grudniu Izby o należnościach względem N. I. L. gdyż poszczególne Izby mogą nie przysyłać składek do Naczelnej Izby Lekarskiej przez zapomnienie. Dr. Szmurło ze względu na duże, jego zdaniem, saldo proponuje wydać pewną kwotę na cele humanitarne. Po wyjaśnieniach skarbnika, że Naczelna Izba Lekarska musi mieć zapas gotówki, nim napłyną nowe składki po zatwierdzeniu budżetu i że tego rodzaju przeznaczenie funduszów nie jest ani ustawowo ani regulaminowo przewidziane i po oświadczeniu Dra Franke, że Izba niema funduszów na prowadzenie własnego organu, wreszcie Dra Krzyczkowskiego, że potrzebne są pieniądze na ewentualne wprowadzenie ubezpieczeń emerytalnych, wniosek Dr. Szmurły upadł. Uchwalono przyjąć sprawozdanie i złożyć podziękowanie skarbnikowi. Delegat Izby Lwowskiej, Dr. Franke, podkreślił oszczędną gospodarkę Zarządu.

Po przyjęciu sprawozdania kasowego przystąpiono do dyskusji nad budżetem.

Na wstępie Dr. Wojno podaje wniosek podwyższenia kancelistce N. I. L. pensji rocznej o 300 zł. Wniosek ten uzyskał 17 głosów przy 10 głosach sprzeciwu. Po głosowaniu skarbnik oświadczył, iż, zdaniem jego, należałoby jednocześnie podnieść także pensje woźnym, wobec czego postanowiono sprawę tę odłożyć do zakończenia dyskusji nad budżetem, gdyż wtedy uwidoczni się, czy znajdą się środki na pokrycie tych wydatków.

W związku z budżetem Dr. Krzyczkowski referuje sprawę własnego lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej. Wobec drożyzny mieszkań Zarząd N. I. L. nie był w możności zdobyć w roku 1927 własnego lokalu pomimo ogłoszeń w pismach i poszukiwań, czynionych przez członków Zarządu.

W związku z wydatkami na „Międzynarodowe Zawodowe Stowarzyszenie Lekarskie" w Paryżu Dr. Przyborowski składa wyczerpujące sprawozdanie z dotychczasowej działalności tej instytucji i równocześnie przedstawia drukowane sprawozdanie z prośbą o rozpowszechnienie go wśród członków Izb. W przekonaniu, że należenie do tej instytucji może być pożyteczne dla zawodu lekarskiego, Naczelna Izba Lekarska zatwierdziła przypadające na nią $^{3}/_{5}$ wydatków ($^{2}/_{5}$ płaci Związek Lekarzy Państwa Polskiego) w sumie 2.800 złotych na organizację biura i koszty wysłania delegata do Paryża.

Dr. Krzyczkowski referuje jako dotyczącą budżetu sprawę wspólnego organu prasowego Izb. Oferty, złożone przez firmy wydawnicze, obecnie są mniej korzystne, niż oferty, złożone przez te same firmy w roku ubiegłym. Polskie Lekarskie Towarzystwo Wydawnicze za wydawanie dwutygodniowego organu żąda 20.000 złotych. Administracja Nowin Społeczno-Lekarskich 20.900 złotych. W dyskusji jedni wypowiadali się za niezbędnością wydawania własnego organu przez Naczelną Izbę Lekarską, organu, który powinien być imprezą, opłacaną przez wszystkie Izby i koszty swe całkowicie pokrywać. Inni uważali za celowe umieszczanie za opłatą w Nowinach Społeczno-Lekarskich wszystkich komunikatów Izb z tym warunkiem, że lekarze, nie prenumerujący „Nowin", otrzymywaliby tylko odbitki z komunikatami. Wobec jednak niemożności obciążania ogółu lekarzy dodatkowemi opłatami, postanowiono, nie wyrzekając się myśli o stworzeniu własnego organu, tymczasowo polecić Izbom, zgodnie z propozycją Nowin Społeczno-Lekarskich, umieszczanie w nich ważniejszych komunikatów bezpłatnie.

W dalszym ciągu rozważania budżetu postanowiono w celu ustalenia wydatków za przyjazd do Warszawy delegatów N. I. L. i Sądu N. I. L., biorąc pod uwagę odległość, liczyć delegatom Izby Lwowskiej i Wileńsko-Nowogródzkiej djety za 3 doby (przy jednym dniu posiedzeń), delegatom Izby Poznańsko-pomorskiej, Lubelskiej i Krakowskiej — za 2 doby, delegatom zaś Izby Łódzkiej za jedną dobę. Jako koszty podróży zwraca się koszt biletu kolejowego 1-szej klasy.

W toku dalszych rozpraw nad budżetem na wniosek Komisji Ubezpieczeniowej wniesiono do preliminarza 1500 złotych w przewidywaniu wydatków na honorarja dla techników, matematyków i ekspertów przy ewentualnem wprowadzeniu ubezpieczeń emerytalnych.

W końcu znów powrócono do sprawy, podniesionej przez Dra Wojnównę i skarbnika co do podwyższenia pensji kancelistce Naczelnej Izby Lekarskiej i kancelistce Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej po 25 złotych miesięcznie, dwom zaś woźnym po 10 złotych miesięcznie.

W związku z obliczaniem wpływów N. I. L. delegaci Izby Lwowskiej zawiadamiają, że Izba Lwowska wkrótce będzie miała o jednego delegata więcej, wobec czego delegatów będzie 31. Wydatki obliczone zostały na 35.910 złotych. Ponieważ wpływy za wpisowe od spraw sądowych odwoławczych obliczone są na 2.000 złotych, zwrot zaś kosztów sądowych na 2.910 złotych, co razem czyni 4.910 złotych, pozostaje do pokrycia przez Izby 31.000 złotych, co podzielone przez 31 (liczba delegatów) wynosi 1.000 złotych od delegata.

Po przyjęciu budżetu uchwalono ponownie wydać Zarządowi następujące pełnomocnictwo: *„Naczelna Izba Lekarska na posiedzeniu w dniu 29. I. 1928 do następnego zebrania Izby udziela Zarządowi (Wydziałowi Wykonawczemu) pełnomocnictw do działania i występowania w jej imieniu we wszystkich sprawach kierowniczych, reprezentacyjnych, organizacyjnych, (zatwierdzanie regulaminów), opinjodawczych i wykonawczych, leżących w zakresie jej działalności oraz udzielanie pełnomocnictw w jej imieniu (stawanie u rejenta, ministra i t. p.)".*

Wobec znacznych kosztów i wyjątkowych nieraz trudności, połączonych z przyjazdem delegatów z prowincji, uchwalono, aby członkowie, ewentualnie zastępcy członków Naczelnej Izby Lekarskiej z prowincji mogli otrzymywać na piśmie mandaty od tych członków Izby, którzy nie mogą przybyć na zebranie i przy głosowaniu rozporządza tylu głosami, ile mandatów otrzymali.

Przedstawiciele Izby Wileńsko-Nowogródzkiej wystąpili z wnioskiem ofiarowania 1.000 złotych na „Zrzeszenie Wdów i Sierót po Lekarzach" i 1.000 złotych na konkurs za pracę naukową

z dziedziny sanitarnej. Po replice przedstawicieli Izby Lwowskiej i Poznańsko-Pomorskiej, że tego rodzaju wydatki należą do zakresu działalności Izb terytorjalnych, a nie N. I. L., wniosek znaczną większością głosów upadł.

Jako przewodniczący Komisji Ubezpieczeniowej Dr. Krzyczkowski referuje sprawę ubezpieczeń emerytalnych lekarzy w obecności rzeczoznawców ze strony Izby Warszawsko-Białostockiej i Lwowskiej, Drów Mitermilcha i Moszkowicza, którzy w tej chwili zostali zaproszeni na posiedzenie.

Wykonany przez Komisję projekt ubezpieczeń emerytalnych został przez Naczelną Izbę Lekarską rozesłany do wszystkich Izb. Odpowiedzi nadeszły rozbieżne. Niektóre Izby nie chcą ubezpieczeń przymusowych, tymczasem ubezpieczenia mogą być korzystne, jeżeli będą przymusowe, przymus zaś mogą uchwalić tylko Rady Izb. W czasie prac Komisji Ubezpieczeniowej wyszła Ustawa rządowa o obowiazkowem ubezpieczeniu pracowników umysłowych. Ustawa ta może być korzystniejsza, niż ubezpieczenia Izbowe. Dodatniemi stronami ubezpieczenia rządowego są: niskie świadczenia, ubezpieczenie bez badania lekarskiego, jednakowe składki bez różnicy wieku ubezpieczonych, renta inwalidzka przy utracie zdolności zawodowej poniżej 50%, jednorazowa odprawa, kapitalizacja i prawo wkupu; ujemnemi stronami są: brak gwarancji skarbu Państwa, brak dokładnego statutu, przypuszczalnie niekorzystny skład Rad ubezpieczeniowych, nieodpowiednie ubezpieczenie bezrobotnych lekarzy, mogą oni bowiem być zatrudnieni jako kanceliści.

Sprawa ubezpieczeń wywołała obszerną dyskusję. Dr. Ramer dowodził, że dla lekarzy ubezpieczenia emerytalne nie maja żadnej wartości ze względu na krótki średni okres życia lekarza, a więc nie długie korzystanie z emerytury, wdowia zaś emerytura jest zbyt nikła, by mogła zapewnić byt, natomiast, zdaniem jego, pożądane i celowe są ubezpieczenia na kapitał, gdyż one mogą tylko stworzyć znośne warunki egzystencji dla wdów i sierót po lekarzach. Dr. Wrześniowski twierdził, że najlepsze są ubezpieczenia na wypadek śmierci, ubezpieczenia zaś na kapitał drogo kosztują i nie są pewne. Dr. Moszkowicz stoi na stanowisku, że konieczną jest rzeczą wprowadzenie przymusowych ubezpieczeń emerytalnych, gdyż tak zwane kasy pogrzebowe są właściwie zaopatrzeniem, a nie ubezpieczeniem. Z ubezpieczeń emerytalnych łatwo można przejść na ubezpieczenia rządowe. Główna trudność leży w tem. 1) że wszystkie Izby musiałyby się zgodzić na przymusowe ubezpieczenia, 2) że należałoby zlikwidować dotychczasowe kasy pogrzebowe, bo wątpliwą jest rzeczą, aby jakakolwiek Izba chciała mieć dwojakiego rodzaju ubezpieczenia, zlikwidowanie zaś kas pogrzebowych natrafiłoby niezawodnie na opór ze strony członków. Co do ostatniego punktu, to zdania się podzieliły. Dr. Mutermilch utrzymywał, że sprawa zlikwidowania, względnie reorganizacji kas pogrzebowych winna być pozostawiona poszczególnym Izbom. Kasa Pogrzebowa jest instytucją o charakterze koleżeńsko-zapomogowym, przeto niema żadnych trudności prawnych do zmiany statutu, a nawet zamknięcia Kasy; zresztą sprawa likwidacji jest przewidziana w statucie niektórych Kas, a nawet wystarcza do tego uchwała Rady Izby. Dr. Gantkowski twierdził, że zlikwidowanie dotychczasowych Kas Pogrzebowych jest wręcz niemożliwe, ponieważ wszyscy lekarze uświadomili sobie praktycznie ich wielką doniosłość zresztą mogłyby istnieć równocześnie dwa rodzaje ubezpieczeń. W rezultacie postanowiono, aby Komisja w dalszym ciągu zasięgała informacyj w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej w celu zbadania najdogodniejszych warunków grupowych dobrowolnych ubezpieczeń lekarzy, Izby zaś popularyzowały ideę ubezpieczeń.

W dalszym ciągu Dr. Śmiechowski przedstawił wyniki obrad Naczelników Izb i przewodniczących Sądów Izb, poczem uchwalono zwrócić się do Departamentu V-go w związku z jego pismem w sprawie wykonywania zwierzchniego nadzoru nad Izbami Lekarskiemi z repliką, polecając ostatecznie zredagowanie jej Zarządowi Naczelnej Izby Lekarskiej na podstawie odczytanego referatu. Referat ten był rozpatrywany na konferencji sądowej. Również postanowiono materjały, przedstawione na konferencji Naczelników Izb i Przewodniczących Sądów Izb, a dotyczące deontologji lekarskiej i ujednostajnienia regulaminów Sądów Izb, przekazać Prezydjum Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, jako Komisji do spraw deontologji dla obrobienia ich po otrzymaniu opinji z Izb Okręgowych. W sprawie obejmowania posad rządowych i samorządowych uznano, że bojkotu tego rodzaju posad Izby przeprowadzać nie powinny, nie mogą i nie przeprowadzały; natomiast bardzo wskazaną jest rzeczą pilne wnikanie w warunki pracy i płacy lekarzy.

Sprawa organizowania przez sejmiki bezpłatnej pomocy lekarskiej dla całej ludności powiatu została krótko zreferowana i przekazana do bliższego opracowania Zarządowi.

Zarządowi również polecono rozpatrzyć wnioski w sprawie ogłaszania się lekarzy na terenie innych Izb.

W zreferowanej przez delegata Izby Lubelskiej sprawie uchylania się lekarzy wojskowych od obowiązku należenia do Izb, postanowiono, aby Izby zwróciły się do D. O. K. z prośbą o zawiadomienie, którzy lekarze wojskowi zajmują się praktyką prywatną celem pociągnięcia ich do zapisania się na członków Izb.

Na wniosek Dra Gantkowskiego Izba uchwaliła wyrazić podziękowanie Przewodniczącemu i Zarządowi.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Przewodniczący: (—) *Dr. med. J. Bączkewicz.* Sekretarz: (—) *Dr. med. N. Meletski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Apel do Kolegów starszych i młodszych.

Podniesienie historji medycyny i filozofji medycyny do roli przedmiotów obowiązkowych dla zdolniejszej młodzież (dla doktorów medycyny) i utworzenie kilku katedr tych przedmiotów było w Polsce wyrazem naturalnej ewolucji tych nauk, trwającej od 100 lat zgórą.

Przepowiednia moja, powtarzana przeze mnie wielokrotnie, że takie, jedynie słuszne postawienie sprawy znajdzie rychło pełne zrozumienie i naśladowanie zagranicą, najzupełniej się sprawdza. Prof. Sigerist z Lipska podaje nam (Kyklos. Jahrbuch des Institutes für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig, 1928, Bd. I, „Die Geschichte der Medizin im akademischen Unterricht") świeżo wyniki ankiety, jaką rozpisał do wszystkich szkół lekarskich na kuli ziemskiej. Z ankiety tej okazuje się, że historja medycyny jest obecnie przedmiotem egzaminacyjnym w Rumunji, Polsce, Grecji oraz niektórych uniwersytetach we Włoszech i Hiszpanji. Czytając czasopisma niemieckie, możnaby mieć wrażenie, jeżeli nie pewność, że ta sprawa niebawem stanie się aktualną i w Niemczech. Wyraźnie o tem świadczy gorąca dyskusja, jaka się od kilku lat toczy na łamach czasopism niemieckich na temat szkód, jakie się wyrządza lekarzom w szkołach lekarskich, gdy się im daje przygotowanie techniczne i naukowe, ale nie daje im się właściwego umiaru i nie pokazuje granic sprawności technicznej i naukowej, co najlepiej można osiągnąć przez szerokie ujmowanie zagadnień na tle historyczno-filozoficznem. Z jakiem wielkiem uznaniem są w tym wypadku Niemcy dla Polaków, niech zaświadczą następujące słowa prof. Sigerista (Kyklos, str. 155):

„Die Verhältnisse, die wir in Polen finden, sind vordbildlich für die ganze Welt. Vorbildlich, dass jede Universität ihren ordentlichen Lehrstuhl (mowa o katedrach historji i filozofji medycyny), *verbunden mit einem Institut oder Seminar, besitzt. Vorbildlich die Verbindung von Geschichte und Philosophie der Medizin. Ihr gehört die Zukunft. Die ganze Entwicklung drängt dahin. Erst diese Verbindung gibt dem Unterricht die wahre Vertiefung und Weihe. Vorbildlich endlich die Bestimmung, dass der junge Arzt, der den Doktortitel führen will, sich über Kenntnisse in Geschichte und Philosophie der Medizin auszuweisen hat. In vielen Ländern, namentlich in Deutschland, wird heute eifrig darüber diskutiert, wie man dem so billig gewordenen Doktortitel wieder seine Würde geben kann. Polen weist uns einen Weg".*

Tym sposobem, jak widzimy, sprawy tak stoją, że polska organizacja jest i będzie wzorem dla wielu szkół lekarskich.

Ale teraz, gdyśmy dokonali rzeczy, niewątpliwie dla rozwoju medycyny nie bez znaczenia, niech nam wolno będzie policzyć nasze własne siły, policzyć, ilu nas jest w Polsce przedstawicieli tych nauk, które prof. Sigerist tak wysoko podnosi. I co się okaże? Oto, że zbyt mało jest wśród nas w Polsce m ł o d y c h p r a c o w n i k ó w. Stara gwardja patrzy w przyszłość z obawą i zadaje sobie pytanie, kto będzie za lat kilka lub kilkanaście bronił placówek z takim trudem zdobytych? I kto utrzyma pierwsze miejsce Polski?

Tymczasem w Niemczech moglibyśmy łatwo wymienić już dzisiaj k i l k u d z i e s i ę c i u pracowników na polu historji i filozofji medycyny. Z zakładu lipskiego, a także z innych co rok wychodzą znakomite prace, co rok wychodzą nowi uczniowie, doskonale obznajomieni z metodą historyczną lub filozoficzną. Niemcy mogliby bez trudności obsadzić katedry we wszystkich swoich 22 uniwersytetach młodemi siłami. A my? Gdyby Niemcy wprowadzili u siebie polską organizację, zepchnęliby nas rychło z pierwszego miejsca.

W tej obawie, aż nadto uzasadnionej, zwracam się do wszystkich Kolegów, starszych i młodszych, ażeby naszym przedmiotom udzielali swego poparcia — czynnego, kto może, i moralnego.

O historji medycyny i filozofji medycyny rozprawia się w kołach lekarskich w Polsce od 10 lat gorąco. W dobie redukcyj (na szczęście już minionej) mówiono nawet, że te przedmioty są niepotrzebne i że istniejące katedry skazane są na wymarcie. Tak mówili starsi, a młodsi słuchali i nie garnęli się wcale do naszych przedmiotów. I to jest główna przyczyna, czysto materjalna, dlaczego nam młodych sił prawie nie przybywa. Jednakże przesilenie już dawno minęło. Czynniki miarodajne w gruncie rzeczy nigdy nie zamierzały robić zamachu na katedry historii i filozofji medycyny, gdyż wogóle byłoby niedorzecznością zwijanie jakichkolwiek czynnych placówek naukowych. A obecnie sprawa cała otrzymała nowe trwałe oparcie w rozporządzeniu Min. W. R. i O. P. z dnia 16 marca 1928 r. Nr. IV. S. W. 2500/28, reorganizującego studja lekarskie. Według tego rozporządzenia warunkiem uzyskania stopnia doktora medycyny jest, między innemi, przesłuchanie 60 godzin historji i filozofji medycyny, odbycie 20 godzin seminarjum oraz egzamin z historji medycyny. Rozporządzenie to jest tylko kodyfikacją projektu międzywydziałowego, a odnośnie do naszych przedmiotów jest właściwie tylko powtórzeniem wymagań, przepisanych przez Ministerstwo jeszcze w r. 1920.

Tym sposobem z tej strony niema już żadnych obaw. Przedmioty są obowiązkowe i muszą być wykładane. Każdy więc dzisiaj, kto ma w sobie iskrę zamiłowania do szerokich horyzontów, może się tym przedmiotom poświęcić bez obawy i żyć z nich tak samo, jak z każdego innego przedmiotu.

Starsi Koledzy mogliby zachęcać młodszych do uprawiania tych dziedzin, które niegdyś z zaparciem się siebie uprawiali na drodze samouctwa tacy lekarze, jak Władysław Biegański lub Józef Bieliński. Nie wolno nam nic uronić z dorobku duchowego, zostawionego nam przez pokolenia, które już odeszły. Dziś niema potrzeby uprawiać historji medycyny lub filozofji medycyny na drodze samouctwa, i nietylko niema potrzeby, ale nawet jest potrzeba, żeby tego, ile możności, unikać. Potrzebna jest ciągłość nauki. Nato są katedry, żeby uczyły. Niema potrzeby torować sobie przebojem i ciężką pracą drogi, która już jest utorowana. Na to są zjazdy naukowe, żeby na nich coś usłyszeć i coś omówić. Dziś warunki są łatwiejsze i pomoc własnego rządu pewna. Trzeba tylko s z a n o w a ć t o, c o s w o j e, — mówię to do starszych i młodszych Kolegów — i trzeba chcieć i umieć skorzystać z obecnych pomyślnych warunków.

W pierwszych dniach października 1928 r. odbędzie się w Krakowie IV Zjazd Polskich Historyków i Filozofów Medycyny równocześnie z obchodem 50-ej rocznicy śmierci wielkiego lekarza i patrjoty polskiego Józefa Dietla. Niech wszyscy na ten zjazd pospieszą, komu jest miłą polska nauka i komu zależy na utrzymaniu przodującego stanowiska Polski.

Władysław Szumowski.

Warszawa.

K l u b l e k a r z y p o l s k i c h. W dniu 26 stycznia b. r. z inicjatywy grona lekarzy odbyło się w klinice dermatologicznej Uniw. Warsz. pod przewodnictwem Prof. Dra Michałowicza zebranie organizacyjne Klubu Lekarzy Polskich.

Na zebranie przybyło z górą stu lekarzy reprezentujących różne środowiska lekarskie stolicy; szczególnie licznie w zebraniu udział wzięli profesorowie, docenci i asystenci wydziału lekarskiego U. W., lekarze wojskowi, lekarze państwowej i samorządowej służby zdrowia oraz lekarze Kasy Chorych.

Zebrani, podzielając zdanie inicjatorów, że stan lekarski w stolicy nie posiada odpowiedniego środowiska, gdzieby się ogniskowało i mogło należycie rozwijać przystosowane do współczesnych warunków i potrzeb życie lekarskie — postanowili zawiązać Klub Lekarzy Polskich.

Naczelnem zadaniem Klubu będzie na drodze twórczego wysiłku przywrócenie stanowi lekarskiemu należnego mu znaczenia i stanowiska w życiu społeczno-lekarskiem Polski Odrodzonej.

Na zebraniu tem został przyjęty statut Klubu oraz dokonano wyboru władz.

W skład Zarządu weszli: Prof. Dr. Mieczysław Michałowicz jako Prezes, Płk. Dr. Jan Kołłątaj-Srzednicki i Dr. Stanisław Kapuściński jako wice-prezesi, Dr. Jan Konopnicki jako sekretarz Mjr. Dr. Jan Czyż, jako skarbnik. Płk. Dr. Zygmunt Raźniewski, jako gospodarz. Następnie jako członkowie Zarządu zostali wybrani: Dr. Makowski Tytus, Dr. Borkowski Witold, Dr. Wowkonowicz Marjan.

W dniu 14. II. b. r. w prowizorycznym narazie lokalu Klubu (Kasyno Urzędników Państwowych, Nowy Świat 67) odbyło się I zebranie dyskusyjne klubowe na którem Min. Dr. Witold Chodźko wygłosił odczyt p. t.: „Lekarz współczesny a zagadnienie medycyny zapobiegawczej". Prelegent zobrazował obecną sytuację stanu lekarskiego w Polsce i innych krajach i przeprowadził analizę przyczyn, które doprowadziły do tego, że ludność traci zaufanie do pomocy leczniczej współczesnego lekarza i szuka pomocy u znachorów wszelkiego autoramentu, oraz że w związku z tym stan lekarski zostaje spychany z dawniej zajmowanego szczytnego stanowiska w hierarchji społecznej i ulega pauperyzacji nietylko materjalnej, lecz przedewszystkiem umysłowej i moralnej. Najważniejszą przyczyną tego stanu rzeczy jest niewątpliwie system nauczania medycyny na naszych uniwersytetach, oparty na wzorach niemieckich, wziętych przeważnie z drugiej ręki (wzory rosyjskie). System ten nie przygotowuje zupełnie młodych kadr lekarskich do potrzeb współczesnego życia i zasad nowoczesnej medycyny. W Niemczech, gdzie system ten został wypracowany budzi się już poważny prąd przeciwko niemu i za zreformowaniem studjów lekarskich w kierunku zasad reprezentowanych przez medycynę francuską jako bardziej żywotną. W Polsce Brudziński i szereg wybitnych lekarzy pragnęli oprzeć organizację studium lekarskiego na zasadach praktycznych, jaknajwiększego kontaktu studenta z chorym, ale ostatecznie zwyciężyła rutyna szkoły niemieckiej.

Współczesna medycyna przestaje już wierzyć w cuda terapji i coraz większą uwagę poświęca trosce o zdrowie i zapobieganie chorobom. Ten kierunek jednak niema przystępu jeszcze do naszej medycyny oficjalnej (uniwersyteckiej), która nie pośpiesza za wymogami życia, a wskutek tego także życie przechodzi do porządku nad lekarzami, nieprzystosowanymi do nowych form pracy. Prelegent, reasumując swoje niezmiernie interesujące, ilustrowane cytatami wybitnych znawców wywody — wzywa Klub do podjęcia inicjatywy przeprowadzenia dyskusji nad koniecznością reformy studjów lekarskich, uważając, że jedynie przez odrodzenie się wewnętrzne może stan lekarski odzyskać dawną pozycję i znaczenie z których obecnie jest spychany przez życie.

W ożywionej dyskusji zabierali głos: Dr. Wernic, Prof. Michałowicz, Prof. Szymanowski, Dr. Chmielewski, Dr. T. Makowski, Dr. Kłuszyński, Dr. Bujalski, Doc. Sterling-Okuniewski i inni. Wszyscy niemal mówcy, poza prof. Szymanowskim, zgodzili się z prelegentem, że system niemiecki nauczania jest wadliwy i należy dążyć do reformy studjum lekarskiego. W tym też duchu został zgłoszony przez Prof. Michałowicza nast. wniosek: „Zgromadzenie Klubu Lekarzy zwraca się do Zarządu Klubu o rozpisanie ankiety na temat reformy uniwersyteckich studjów lekarskich w myśl zasad, wysuniętych przez Min. Dra Chodźkę".

W toku dyskusji została podjęta przez prof. Michałowicza inicjatywa wzniesienia pomnika dla 300 lekarzy poległych w walce z tyfusem plamistym i innemi epidemjami w Polsce. Sprawę tę przekazano Zarządowi Klubu do wykonania.

Zarząd Klubu, wychodząc z założenia, że dla harmonijnej współpracy konieczne jest towarzyskie zbliżenie się członków Klubu, urządził w dniu 1. III. r. b. zebranie towarzyskie dla członków Klubu, ich rodzin i wprowadzonych gości. Zebranie zostało uroznaicone częścią koncertową, do której uświetnienia swym pięknym śpiewem przyczyniła się p. Drowa Kapuścińska.

Kraków.

U k a z a ł o s i ę s p r a w o z d a n i e S z p i t a l a I z r a e l i c k i e g o w K r a k o w i e z a r o k 1927. Obejmuje ono 25 stron wielkiej ćwiartki. Ozdobione jest kilku bardzo udatnemi zdjęciami fotograficznemi. Papier i druk dobre, całość wytworna. Ze sprawozdania dowiadujemy się o znacznie wzmożonej czynności szpitala. Podczas gdy w roku 1925 leczono stałych chorych 1040, w roku 1927 leczono stałych chorych 2249. W roku sprawozdawczym opuściło szpital wyleczonych 2022 chorych, a zmarło 118 chorych. Bezpłatnie leczono około 53%. Lekarzy pracowało ogółem 41. W roku sprawozdawczym dokonano szeregu inwestycyj, i tak urządzono salę porodową, urządzono salę wykładową, zakupiono szafy bibljoteczne, wykonano wewnętrzne urządzenie pokoji dla chorych w nadbudowie. Zaprowadzono szkołę pielęgniarek, uporządkowano ogród szpitalny, wybudowano w nim leżalnię dla chorych. Prócz tego w szpitalu urządzono oddział krakowski TOZU. W roku sprawozdawczym szpital zyskał aparat Roentgena kosztem około 40.000 złotych.

Poznań.

P o s i e d z e n i e W y d z i a ł u l e k a r s k i e g o Tow. Przyj. Nauk odbyło się w piątek, dnia 4 maja br. Na porządku dziennym: 1) Podpułkownik lekarz Dr. Strehl: Wykład wojskowo-sanitarny.

2) Dr. Antoni Krassowski z Kielc (jako gość): „O wodach siarczano-słonych i kąpielach mułowych w Solcu-Zdroju". 3) Prof. Karwowski: „Opryszczki, półpasiec a wietrzna ospa". 4) Sprawa Zjazdu wszechsłowiańskiego w Pradze. 5) Wolne głosy.

Z kraju.

Wolne posady lekarskie. Gmina Łaszczów, Starostwo Tomaszowskie, Woj. Lubelskie składająca się z 16 wsi, 8 kolonij i jednej osady (Łaszczów) nie posiada żadnego lekarza. Na ten cel gmina asygnowała 600 zł. jako subsydjum, za które Urząd gminy wynajął mieszkanie w os. Łaszczów składające się z 3-ch ubikacyj (2 pokoje i kuchnia) przeznaczając takowe specjalnie na mieszkanie dla lekarza. Na podstawie powyższego Urząd gminy zwraca się z prośbą o pozyskanie jednego lekarza do Łaszczowa, gdzie będzie miał zapewnione mieszkanie i szerszą praktykę lekarską. Nadmieniamy, że i sąsiednie gminy dość obszerne jak Telatyn, Poturzyn i część Jarczowa — będą się zwracać o poradę lekarską do Łaszczowa.

I Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych Szpitalnych odbędzie się w Łodzi 17 czerwca 1928 roku. Bliższych wyjaśnień udziela i zgłoszenia przyjmuje Wydział Zdrowotności publicznej Magistratu miasta Łodzi.

Ze świata.

Kongres Międzynarodowy Wychowania Fizycznego i Sportu, Amsterdam, sierpień 1928. Na zaproszenie Szwajcarskiego Komitetu Olimpijskiego i z inicjatywy Komisji lekarskiej powstałej na Kongresie Olimpijskim w Pradze w roku 1925 (Dr. Knoll, Szwajcarja, Dr. Dybowski, Polska, Dr. Mallwitz, Niemcy) odbył się w St. Moritz z okazji 2-gich Zimowych Igrzysk Olimpijskich Zjazd lekarzy sportowych, reprezentujących 14 narodowości. Przewodniczył Dr. Knoll (Asosa, Szwajcarja), pułk. Mülly reprezentował Szwajcarską Radę Związkową, Polskę — Dr. Dybowski, del. Państw. Urz. Wych. i Dr. Mazurek, lekarz ekspedycji olimpijskiej. Kongres postanowił jednomyślnie stworzyć Międzynarodowy Związek Lekarski dla Wychowania Fizycznego i Sportu, w skład którego wchodzą obecnie reprezentanci 14 państw. Zarząd składa się: Przewodniczący Dr. Knoll (Szwajcarja, generalny sekretarz Dr. Mallwitz (Niemcy), członkowie: Latarjet (Francja), Hill (Anglja), Brown (Ameryka) i Buytendyk (Holandja). Przygotowanie Międzynarodowego Kongresu Wychowania Fizycznego i Sportu w dniach 2—5 sierpnia b. r. w Amsterdamie, powierzono Komitetowi Wykonawczemu, w skład którego wchodzą: przewodniczący E. Buytendyk (Holandja), sekretarz Reys (Holandja); członkowie: Brown (Ameryka), Dybowski (Polska), Hill (Anglja), Knoll (Szwajcarja), Latarjet (Francja) i Schnell (Niemcy). Pierwsze posiedzenie odbył Komitet Wykonawczy w St. Moritz dnia 15 lutego b. r. Ustalono nazwę Kongresu i termin 2 do 5-go sierpnia b. r. w Amsterdamie. Dopuszczone będą języki: francuski, angielski i niemiecki; zapotrzebowanie pieniężne 10.000 guldenów hol., z czego 5.000 zostaje już pokryte darami. Ilość zaproszonych osób wyniesie około 200. Przewodniczący Dr. Buytendyk spodziewa się uzyskania dla nich znacznych ulg pod względem kosztów pobytu. Zaproszenia będą w każdym państwie regulowane przez reprezentanta tego państwa w Międzynarodowym Związku, który przedłoży listę osób otrzymujących zaproszenie. Zaproszenia obejmują także delegata Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wojskowych każdego Państwa. Poza lekarzami zostaną zaproszeni także pedagodzy i socjolodzy.

Jako przedmiot dyskusji proponuje się 3 tematy (2 lekarskie, 1 ogólny): 1. Ujednostajnienie kontrolnego badania lekarskiego, 2. Rytm serca i sport, 3) Jakie miejsce zajmować powinno wychowanie fizyczne w programie nauczania niższego, średniego i wyższego dla obu płci. Pozatem podawane będą do wiadomości ogólnej krótkie komunikaty o najnowszych pracach na polu wychowania fizycznego i sportu.

Z Kongresem tym łączyć się będą badania lekarskie uczestników Olimpjady, przeprowadzone przez szereg wybitnych fizjologów, w specjalnie dostosowanych ubikacjach w olimpijskim i starym stadjonie w Amsterdamie. Dziś jest wiadomem, że wybitne powagi tego działu medycyny zademonstrują w Amsterdamie po raz pierwszy nowe aparaty.

Kursy uzupełniające dla lekarzy w Berlinie. Z Berlina komunikują, że zapowiedziany na czas od 22 do 26 maja b. r. kurs dla lekarzy o dietetyce musi być przesunięty na jakiś późniejszy termin z powodu szczególniejszych okoliczności.

Redakcja otrzymała:

S. Łyskawiński: „W sprawie opieki nad noworodkami w zakładach położniczych". Odb. z „Opieki nad dzieckiem", rok VI, zesz. 2, r. 1928.

Polski Czerwony Krzyż: „Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego, za rok 1927. Łódź 1928.

Kalendarz Zjazdów na rok 1928.

Maj:

II Zjazd Związku lekarzy słowiańskich w Pradze 25—28 maja 1928.

III Polski Zjazd stomatologiczny w Krakowie 27, 28 i 29 maja 1928.

VIII Zjazd psychjatrów polskich w Warszawie 27, 28 i 29 maja 1928.

VI Zjazd lekarzy, przyrodników i inżynierów czeskich Praga 26—29 maja 1928.

II Zjazd ginekologów polskich w Poznaniu 27, 28 i 29 maja 1928.

Czerwiec:

III Wszechrosyjski Zjazd odontologiczny w Leningradzie 6—11 czerwca 1928.

I Zjazd lekarzy i działaczy samorządowych szpitalnych w Łodzi 17 czerwca 1928.

Lipiec:

Międzynarodowy Kongres opieki nad dzieckiem w Paryżu 8—12 lipca 1928.

VI Zjazd higjenistów polskich we Lwowie 7 i 8 lipca 1928.

II Międzynarodowy Kongres radjologii w Sztokholmie 23—27 lipca 1928.

Dnie lekarskie w Rio de Janeiro 1—5 lipca 1928.

Międzynarodowy Kongres mieszkaniowy w Paryżu 2—8 lipca 1928.

Międzynarodowy Kongres opieki (assistence) publicznej i prywatnej w Paryżu 5—8 lipca 1928.

Międzynarodowa Konferencja służby społecznej w Paryżu 8—13 lipca 1928.

Międzynarodowa wystawa mieszkaniowa i społeczna w Paryżu od 15 czerwca do 15 lipca 1928.

I Międzynarodowy Kongres oto-rhino-laryngologów w Kopenhadze od 29 lipca do 1 sierpnia 1928.

Sierpień:

Doroczny Zjazd Fédération dentaire internationale w Kolonji początek sierpnia 1928.

Międzynarodowy Kongres dla wychowania fizycznego i sportów w Amsterdamie 2—5 sierpnia 1928.

Wrzesień:

Międzynarodowy Kongres przeciwgruźliczy w Rzymie 24—29 września 1928.

XC Zjazd Towarzystw niemieckich przyrodników i lekarzy w Hamburgu 16—22 września 1928.

V Międzynarodowy Kongres leczenia chorób z wypadków, oraz chorób zawodowych w Budapeszcie w pierwszej połowie września 1928.

VIII Zjazd Towarzystwa niemieckich urologów w Berlinie 27—28 września 1928.

Październik:

Zjazd historyków i filozofów medycyny w Krakowie w pierwszych dniach października 1928.

Listopad:

II Zjazd mikrobiologów i epidemjologów we Lwowie 2 i 3-go listopada 1928.